DE L'ACCOUCHEMENT

DANS LES

BASSINS RÉTRÉCIS

A LA CLINIQUE DE MONTPELLIER

(Du 3 novembre 1891 au 3 novembre 1904)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Mai 1905

PAR

M. Augustin GOINY

Né le 31 janvier 1882, à Montpellier

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson
—
1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Guérin.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻)
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre, Professeur adjoint.
Pathologie externe	De ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
de ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*
GUERIN, *chargé de cours.*
MM. PUECH, *agrégé.*
JEANBREAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MES SOEURS ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON NEVEU

A. GOINY.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A. GOINY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE FORGUE

Hommage de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ

GUÉRIN-VALMALE

A TOUS MES MAITRES

A. GOINY

DE L'ACCOUCHEMENT

DANS LES BASSINS RÉTRÉCIS

A LA CLINIQUE DE MONTPELLIER

INTRODUCTION

Par leur fréquence, par leur importance, les vices de conformation du bassin, à peine signalés avant le début du XVIIIe siècle (Deventer, 1701), ont mérité de nos jours d'attirer l'attention des cliniciens les plus illustres.

Cependant, quand on regarde les statistiques des divers auteurs, on est étonné de voir combien diffèrent leurs appréciations de la fréquence des viciations pelviennes. En effet, si nous prenons les chiffres indiqués dans le Traité d'accouchement de Tarnier et Budin, nous verrons que Hecker fixe à 1 pour 100 le rapport des bassins rétrécis aux bassins normaux, Winckel à 2,8 pour 100, Michælis à 13 pour 100, Litzmann à 14,9 pour 100, Fischel à 16 pour 100, Schauta à 20 pour 100 et Schwartz à 22 pour 100.

Il est probable que ces variations doivent tenir un peu au hasard, beaucoup au mode de recrutement des femmes dans les cliniques, et en grande partie au pays où chaque auteur a recueilli ses observations. Par conséquent, il faudrait

admettre que la conformation du bassin varie avec les différentes races. De plus, il ne faut pas oublier que l'excès de malléabilité du bassin par rachitisme infantile fournit à lui seul 95 pour 100 des viciations pelviennes, et que non seulement la race, mais encore le climat, la manière d'élever, de nourrir les enfants, la qualité des aliments et des eaux du pays peuvent influer considérablement sur la fréquence de cette maladie.

Non seulement le nombre des viciations pelviennes varie, mais aussi la gravité des dystocies qu'elles causent. Des rétrécissements d'un même degré laissent l'accouchement s'effectuer normalement dans certaines régions, alors qu'ils nécessitent dans d'autres des interventions souvent graves. De nouveaux facteurs interviennent ici : l'énergie des contractions utérines, l'enfant et les dimensions des diamètres de sa tête, choses excessivement variables avec les différentes races.

Aussi nous a-t-il paru intéressant pour notre travail inaugural de faire un relevé des rétrécissements du bassin qui ont été observés à la clinique de Montpellier du 3 novembre 1891 au 3 novembre 1904 et, partant des données fournies par ces cas, de faire une étude de la fréquence et de la gravité des viciations pelviennes dans notre région.

M. le professeur agrégé Guérin-Valmale, qui nous a indiqué le sujet de ce travail, a bien voulu nous aider à le mettre au jour. C'est de tout cœur que nous lui adressons ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Nous prions de même MM. les professeurs agrégés Vallois et Puech d'agréer nos plus respectueux remerciements. Après nous avoir formé par leurs précieuses leçons pendant tout le cours de nos études, ils nous ont autorisé, avec une bonne grâce qui nous a été particulièrement sensible, à

publier les observations recueillies pendant qu'ils dirigeaient la clinique obstétricale.

Quelques mots de l'ordre adopté. Nous avons d'abord classé sous forme de tableau les 154 cas de rétrécissement du bassin que nous avons relevés, et nous avons noté avec le plus de soin possible tous les phénomènes, soit maternels, soit annexiels, soit fœtaux, qui sont rapportés sur les observations.

Après quelques données de statistique générale, nous étudierons :

1° Les bassins rachitiques ;

2° Les bassins, d'ailleurs peu nombreux, viciés par d'autres causes que le rachitisme.

TABLEAUX

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du trava
							Année 1891-1
1	10	35 ans	1-pare		10 5	Mobile en O I G T, inclinée sur le pariétal postérieur.	Travail long. Rupture de che des eaux à dilatation co te. Engagement de la tête. dence du cordon.
2	14	21 ans	1-pare		Scolio-cyphotique Promontoire inaccessible. Bi-ischiatique extérieur 11.	O I G T	Accouchement provoqué à du 8 mois. Accouchement n
3	82	23 ans	5-pare	4 accouchements normaux à terme. Enfants vivants.	8,8	S I D T mode des pieds.	Accouchement près du t Procidence du cordon.
							Année 1
4	32	23 ans	2-pare	1 accouchement normal presque à terme.	Promontoire accessible a limite	Mobile en O I G T, puis engagée en O I D P	Accouchement à terme. I re précoce de la poche des Expulsion lente.
5	66	18 ans	1-pare		9,3 Pas de concavité sacrée. B. canaliculé.	O. I. G. T. asynclitisme postérieur, fortement amorcée.	Accouchement prématuré voqué à 8 mois. La tête s'e en G. A.
6	71	21 ans	1-pare		10 centimètres	O I G T puis S I D T	Accouchement normal siège.
7	79	30 ans	5-pare	4 accouchements normaux.	Promontoire accessible à limite.	O I D T	Accouchement normal. R de la poche des eaux et e ment de la tête en D. T. tation complète.
8	98	34 ans	4-pare	1° accouchement avant terme. Forceps. Enfant mort. 2° 7 mois 1/2. Version par manœuvres internes Enfant mort, fracture du crâne. 3° prématuré provoqué. Version par manœuvres internes. Enfant mort, fracture du crâne.	8 Face antérieure du sacrum accessible sur toute sa hauteur. B. caniculé.	Présentation de l'épaule réduite. On maintient la tête avec une ceinture de Pinard en O I G T	Accouchement prématuré voqué à 8 mois.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran.	Suites de couches
le professeur Grynfelt						
ntative de réduction de la dence. Tentatives de for- Basiotripsie avec le basio- de Tarnier.	Artificielle	2 k. 700 Encéphale non compris			Bon	Bonnes
roduction d'une sonde de se.	Naturelle	1 k. 800 B P — 7 1/4 B T — 6 1/2	Chétif	Mort le 2e jour	Bon	Bonnes
gagement artificiel du bras ieur relevé.	Par expression	2 k. 750 diamètres pas indiqués	Né étonné. État assez bon	Pas de ren- seignements.	Bon	Bonnes
3						
	Naturelle	3 k. 050 B P — 9,2 B T — 7,8	Bon	Ophtalmie de l'œil droit. Guérit.	Bon	Bonnes
oduction d'une sonde de e. Ballon de Barnes, puis hampetier de Ribes pour la dilatation.	Naturelle	2 k. 200 B P — 7.4 B T — 6.4	Chétif. Etat de mort appa- rente. Ranimé par bains chauds et froids, fric- tions à l'al- cool.	Élevé en couveuse	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 510 B P — 9,5 B T — 8,5	Né étonné	Sort vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 450	Excellent	Sort vivant	Bon	Bonnes
le de Krause. La dilatation i grande paume, on rompt he des eaux. La tête se fixe T. inclinée sur le pariétal ieur. Symphyséotomie et s au détroit supérieur ; oblique.	Artificielle	2 k. 820	Bon	S'élève très bien	Bon	Infection grave. Mort le 9e jour

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
9	110	28 ans	1-pare		Bassin cyphotique. Coccy pubien 8. Bi-ischiatique 6,5. Bi-sciatique 5.	O I D T	Accouchement spontané ; l te s'engage en D. P., effectu rotation interne et se fixe en au niveau des epines sciati
10	123	25 ans	2-pare	1 accouchement normal.	Promontoire accessible à limite	Présentation de l'épaule droite transformée en O I D P. Ceinture de Pinard.	Accouchement normal à 8

Année 1

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
11	26	22 ans	2-pare	1 accouchement normal à terme.	Promontoire accessible à limite	O I G T	Accouchement normal pr à terme. Engagement en G.
12	32	24 ans	2-pare	1 accouchement normal à terme.	9 1/2	O I D T	Accouchement à terme. I re artificielle des membra dilatation complète. Engag en D. T.
13	105	22 ans	1-pare		10 centimètres	O I G T	Accouchement normal à t Rupture des membranes à tion complète. Engagement tête en G. A.
14	120	21 ans	1-pare		10 centimètres	O I G T	Accouchement à terme. Ri précoce des membranes. L reste mobile au détroit sup
15	127	24 ans	1-pare		10 centimètres	O I G T	Entre à la Clinique avec mobile en G. T. au détroit rieur.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran.	Suites de couches
rceps au détroit moyen ; pri- régulière du front à la région elo-occipitale.	Naturelle	3 k. B. P. 8,3 B. T. 7 1/2	Né étonné, vite ranimé	Sort vivant	Assez bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 500	Chétif. Respire difficilement.	Sort en assez mauvais état. 2 k. 470	Bon	Bonnes
4						
	Naturelle	2 k. 600	Bon	Sort vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 450	Bon	Sort vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 250	Bon	Sort vivant	Bon	Bonnes
ceps. Prise oblique.	Naturelle	2 k. 950	Bon	Sort vivant	Bon	Bonnes
ubi deux tentatives de for- en ville. A la Clinique ex- on par le forceps. Prise ne directe quant à la tête	Naturelle	3 k. 350	Etat de mort apparente, ranimé difficilement avec le tube de Chaussier.	Fracture du pariétal droit. Meurt le 10e jour.	Bon	Infection T. max. = 40°. Guerison

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
16	131	25 ans	5-pare	3 accouchements normaux à terme 1 avortement 4me mois.	10 centimètres	O I G T	Accouchement à terme. A tation complète, rupture (poche des eaux. Procidence bras et du cordon.

Année 1[illegible]

17	9	24 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I D T	Accouchement spontané à me ; la tête ne s'engage qu'à tation complète en D. P.
18	10	29 ans	2-pare	1 accouchement au forceps. Enfant vivant.	10,5	O I G A	Accouchement spontané à te
19	26	21 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I G A	Accouchement spontané à te
20	35	26 ans	1-pare		10,5 Bassin scolio-rachitique. Symphyse déviée à gauche.	O I D T mobile au D S	Dilatation très lente. Deux ques d'éclampsie. Le col est table.
21	45	21 ans	1-pare		Bassin à double luxation congénitale. Côté droit plus accessible que le gauche.	O I G A	Accouchement spontané à te
22	82	27 ans	1-pare		Bassin scolio-rachitique. Promontoire accessible à limite.	O I D T	Accouchement spontané à me. Engagement en D. P.
23	104	28 ans	5-pare	2 accouchements normaux. 2 avortements.	10,7 Face antérieure du sacrum accessible. Bassin canaliculé.	O I G T	Accouchement spontané à me. La tête s'engage en G. dilatation complète seuleme après rupture de la poche eaux.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran.	Suites de couches
…luction manuelle du bras, du cordon. La tête descend dans l'excavation en G. A. …ps pour inertie utérine.	Naturelle mais tardive	3 k. 850	Très bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
5						
	Naturelle tardive	3 k. 370	Bon. Dépression au niveau de la suture fronto-pariétale.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 880	Bon. Aplatissement du pariétal gauche.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 450	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
…ceps au détroit supérieur ; oblique.	Naturelle	2 k. 790	Naît étonné, revient après bains chauds et froids. Dépression sur le pariétal droit.	Sorti vivant	Bon	Légère infection : sort guérie T. max. 38°
	Naturelle	2 k. 950	Robuste	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Tardive	3 k. 400	Bon. Céphalématome du pariétal gauche.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Tardive	3 k. 120 B P — 9 1/2 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
24	118	26 ans	1-pare		Léger aplatissement du côté droit. Luxation congénitale droite.	O I G P	Accouchement spontané.

Année 1

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
25	46	24 ans	2-pare	1 accouchement à terme. Symphyséotomie.	10,5 Généralement rétréci au détroit supérieur.	O I D T	Accouchement prématuré voqué au début du neuvième La tête s'engage en D. P. rupture de la poche des Hydramnios.
26	55	29 ans	2-pare	1 accouchement normal.	10,5 Généralement rétréci au détroit supérieur.	O I D T	Accouchement à terme. gement très tardif de la tê D. T.
27	64	23 ans	3-pare	2 accouchements normaux à terme.	Promontoire accessible à limite	O I G T	Accouchement spontané à me. Tête défléchie en asyn me postérieur au début du tr Descend en se fléchissant peu. Sur le périnée, flexion plète et rotation.
28	77	20 ans	2-pare	1 accouchement normal.	10,7	O I G T	Accouchement spontané. le s'engage en transverse a but du travail.
29	102	26 ans	2-pare	1 accouchement très long mais normal.	10,3	O I D T	Accouchement à terme. A tation complète, la tête s'e en transverse, puis se fixe A. Inertie utérine.
30	108	35 ans	6-pare	Les 2 premiers normaux à terme. 3e forceps. Enfant mort. 4e à 7 mois. Enfant mort. 5e normal.	11 centimètres	O I D P	Accouchement spontané me. Rapide.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran	Suites de couches
	Naturelle	2 k. 770	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
6						
roduction d'une sonde de ise.	Naturelle	3 k. 390 B P = 9 1|4 B T = 7 1|2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
rceps dans l'excavation pour ie utérine. Tête en D. A. Ar- les épaules : manœuvre de lerc.	Tardive	3 k. 920 B P = 9 1|2 B T = 7 1|2	Né étonné, vite ranimé.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Tardive	3 k. 850 B P = 9 1|2 B T = 7 1|2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 500 B P = 8 3|4 B T = 7 1|4	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
rceps sur une tête en D. A.	Tardive	3 k. 770 B P = 9 3|4 B T = 8	Étonné, facilement ranimé.	Sorti vivant	Légère hémorragie Injections chaudes	Bonnes
	Naturelle	3 k. 400 B P = 8 1|2 B T = 7 1|2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
31	110	24 ans	1-pare		9 Bassin généralement retréci.	O I G T	Accouchement au milieu (mois. Entre. en travail d(longtemps, dilatation com] poche rompue. Tétanisation rine. Deux crises d'éclampsi
32	120	21 ans	1-pare		10,7 Généralement retréci au détroit supérieur, en outre face antérieure du sacrum accessible. B. Canaliculé.	O I G T O I D T	Accouchement gémellaire s tané rapide. Les deux têtes cendent en transverse, cha après rupture de sa poche eaux.
33	130	26 ans	2-pare	1 accouchement terminé par le forceps. Fracture du pariétal. (Voir Observ. 15)	10 Face antérieure du sacrum et lignes innominées accessibles. B. Canaliculé et généralement rétréci au D S.	O I G A	Accouchement à terme. Ad tion complète et après ruptu la poche. la tête est tou amorcée au detroit superieur

Année 18

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
34	5	32 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite. Bassin généralement retréci au D S.	S I G A décompléte mode des fesses	Rupture prematurée des r branes. Accouchement préma fin du huitième mois. La d tion ne se fait pas. Rigidit l'orifice interne. T., 38°.
35	6	21 ans	1-pare		10 3/4 Généralement retréci au détroit supérieur.	O I G A	Accouchement à terme. La s'engage en M. G. A. Prés tion secondaire de la face.
36	12	23 ans	2-pare	1 accouchement normal.	11 centimètres. Généralement rétréci au détroit supérieur.	O I D T	Accouchement à la fin du vième mois. Dilatation lent tête ne s'engage qu'à dilat complète en D. P. après ru artificielle des membranes.
37	23	24 ans	2-pare	1 accouchement terminé par forceps. Enfant vivant.	10 1/2 Généralement rétréci au détroit supérieur.	O I G T	Accouchement à terme. En ment de la tête après ruptur membranes à dilatation com en G. A.
38	36	31 ans	3-pare	1er accouchement. Forceps. Enfant vivant. 2e normal.	10 1/2	O I G T	Rupture prématurée des r branes. Accouchement à 8 Engagement de la tête en G. dilatation complète.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT Poids	ENFANT Etat à la naissance	ENFANT Ce qu'il est devenu	MÈRE Etat après la délivran.	MÈRE Suites de couches
eux forceps sans résultat en › : l'enfant étant mort, basio- ›ie.	Artificielle pour hémorragie.	3 k. 550			Bon	Bonnes
	Tardive	2 k. 280 2 k. 150 B P — 9 et 8 1/2 B T — 7 et 7	Bon pour les deux	Sortis vivants	Bon	Bonnes
rceps au detroit supérieur une tête en G. A. Extraction e.	Naturelle	3 k. 700 B P — 10 B T — 7 1/2	Mort Depression de la région temporale. Hémorragie Meningée		Bon	Bonnes
7						
atateur de Tarnier, puis bal- le Champetier de Ribes. Ex- on manuelle de l'enfant pour e utérine.	Naturelle	2 k. 3?0	Mort après 3 ou 4 essais d'inspiration.		Inject. intra-utérine de suite après la délivrance	Infection légère T. max. 39 Guérison.
rceps dans l'excavation sur ace en G. A.	Artificielle	2 k. 930 B P — 9 B T — 7 1/2	Mort		Bon	Bonnes
	Tardive	4 k. 180 B P — 9,8 B T — 7.8	Vigoureux	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Tardive	3 k. 780 B P — 9 1/2 B T — 8	Vigoureux	Sorti vivant	Hemor. légère. Inject. intra-utérine chaude	Bonnes
	Très tardive	2 k. 600	Bien constitué. Asphyxie bleue ; ranimé après 1 h. 1/2 d'efforts.	Sorti vivant	Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
39	37	29 ans	2-pare	1 accouchement normal.	10 1/4	O I D T	Accouchement à terme. Ru des membranes spontanée. P dence du cordon (?).
40	50	23 ans	1-pare		10 1/2	O I G T	Accouchement à 8 mois c mi. Engagement de la tête en
41	63	30 ans	2-pare	1 accouchement normal.	10 1/4	O I D T	Accouchement à terme. . deux jours de travail, à dilat complète, tête toujours m au détroit supérieur.
42	98	28 ans	4-pare	3 accouchements spontanés. 1 au forceps Enfants vivants	10 1/2	O I G T	Accouchement prématuré voqué presque à terme. En ment de la tête en transver en asynclitisme postérieur marqué.
43	112	40 ans	2-pare	1 accouchement. Travail très lent. Tentative de version infructueuse. Forceps. Enfant mort.	9 1/2 Un faux promontoire. B. canaliculé.	O I G T	Accouchement spontané à mois trois quarts. A dilat complète, rupture artificielle membranes (hydramnios) ; la ne s'engage pas.
44	124	28 ans	5-pare	4 accouchements spontanés à terme Enfants vivants.	Promontoire accessible à limite.	O I G A	Accouche spontanément à me. Rupture artificielle des branes à dilatation complète
45	129	23 ans	2-pare	Avortement 4 mois 1/2	11,5	O I G A	Accouche spontanément à du huitième mois. Rupture cielle des membranes à dilat complète.
							Année 18
46	25	20 ans	1-pare		10.5 Généralement rétréci au D. S.	Amorcée en O I D P	La poche des eaux des jusqu'au périnée où elle se r à dilatation complète. La tê s'engage qu'alors.
47	26	27 ans	2-pare	Avortement à 3 mois. Infection	9	S I G P	Accouchement prématuré voqué à 8 mois et demi.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran.	Suites de couches
…ux forceps sans résultat au …rs. A la clinique, l'enfant …t mort, forceps en serrant la …bloc. Extraction facile.	Naturelle	3 k. 665	Mort		Bon	Légère infection T. max. 39 Guérison
	Tardive	3 k. 650 B P — 9 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
…nq applications de forceps … résultat. Basiotripsie.	Naturelle	3 k. 230 sans cerveau			Bon	Bonnes
…troduction d'une sonde de …se.	Tardive	3 k. 110 B P — 9 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
…rsion par manœuvres inter- …Manœuvre de Champetier de …s. puis de Mauriceau.	Naturelle	2 k. 970 B P — 9 1/4 B T — 8 1/4	Mort Enfoncement du pariétal gauche.		Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 260	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 260	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
…8						
	Naturelle	2 k. 370 B P — 8 1/2 B T — 7 1/2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
…roduction d'une sonde de …se. Ballon de Champetier. …latateur de Tarnier. Manœu… …le Champetier, puis de Mau……ri.	Naturelle	2 k. 0,085 B P — 7 3/4 B T — 7	Asphyxie blanche. Ranimé au bout de 3/4 d'heure.	Meurt 3 heures après	Bon	Infection légère T. max. = 39,8 Guérison

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
48	30	32 ans	4-pare	1ᵉ et 3ᵉ forceps. 2ᵉ avortement de 3 mois 1/2.	10.5	O I G A mobile au D S	Accouche spontanément a me. Après rupture de la p des eaux; à dilatation com la tête reste toujours mobi D. S.
49	32	29 ans	7-pare	2 premiers normaux par le sommet, 3 suivants par le siège, 6ᵉ avortement à 2 mois 1/2.	11,5	Epaule puis siège. Version par manœuvres externes, ceinture de Pinard. O I G A	A dilatation complète, la p des eaux se rompt et la tête gage brusquement.
50	61	23 ans	2-pare	1ᵉʳ forceps. Enfant vivant.	11	O I D T mobile au D S	Poche des eaux très tendu tête ne s'engage qu'à grande me et en D. T.
51	62	29 ans	4-pare	3 accouchements normaux à terme.	11 Cypho-scoliose et rachitisme.	O I G A	Accouche à terme. A dila complète, on rejette en arri lèvre antérieure du col, qui c la tête. Descente normale, flexion lente à se faire.
52	63	19 ans	1-pare		10,7 Bassin généralement rétréci au D S.	Mobile en O I D T	Accouche à terme. La tê s'engage qu'au début du trava O. I. D. P.
53	93	32 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite. On sent aussi la face antérieure du sacrum. B. canaliculé.	Amorcée en O I D T	Accouche à terme. Rupture coce de la poche des eaux.
54	136	29 ans	1-pare		11	O I D T	Accouche à terme, A dila complète, on constate que la s'est engagée en D. P. Trois res après, elle n'a pas boug

Année 18

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
55	37	26 ans	2-pare	1ᵉʳ forceps. Enfant vivant.	10,7	O I G T	Accouche à terme. Au débu travail, la tête s'amorce en G. et en asynclitisme postérieur, se fixe et descend en G. A.
56	43	32 ans	2-pare	1ᵉʳ accouchement un peu long.	11 centimètres	O I D P	Accouche à terme. Ruptur la poche des eaux au débu travail. Dès lors, la tête s'en en D. P.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran.	Suites de couches
…rceps au D. S. ; prise régu- …sur une tête en O. I. G. A.	Naturelle	3 k. 180 B P — 9 1/4 B T — 8 1/4	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 950 B P — 9 B T — 8	Asphyxie blanche; ranimé difficilement.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 640 B P — 9 B T — 7 1/2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 200 B P — 9 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 565 B P — 9 B T — 7 1/2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 860	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
…llon de Champetier pour di- …la vulve. Forceps sur une …e postérieure. Rotation. La …e dégage spontanément pen- …qu'on désarticule le forceps.	Naturelle	3 k. 180 B P — 9	Mort apparente; ranimé au bout de 2 heures.	Meurt le lendemain	Bon	Bonnes
…9						
	Naturelle	3 k. 170 B P — 8 3/4 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
…rtie uterine. Forceps double …: 1° en D. P. ; 2° en O. P.	Naturelle	3 k. 810 B P — 9 1/4 B T — 8	Né etonné, vite ranimé.	Sorti vivant	Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du trava
57	57	21 ans	1-pare		10,6	O I G A	Accouche à terme. La tê fixe, mal fléchie, en G. A., la tation étant à 2 fr. Rupture poche des eaux. D. 5 fr. La têt cend sur le périnée. Inertie rine.
58	58	21 ans	1-pare		11	O I D T	Accouche à terme. La tê s'engage qu'après rupture poche des eaux à dilatation plète. Inertie utérine.
59	81	21 ans	2-pare	1° accouchement normal.	11	O I G A	Accouche à terme. La tête gage normalement.
60	92	22 ans	3-pare	1° basiotripsie après plusieurs forceps. 2° enfant mort et macéré extrait par version.	11 faux promontoires, bassin canaliculé.	O I D T	Accouche à terme. La des eaux, très saillante, co un cordon. Tête très haute droite.
61	102	25 ans	2-pare	1° accouchement normal.	11	O I G T	Accouche à terme. La tête gage en G. A. à dilatation plète, après rupture de la des eaux.
62	119	20 ans	1-pare		10,5 faux promontoires sacrés. B. canaliculé et généralement rétréci au D. S.	O I D T	Accouchement prématuré voqué à huit mois et demi. latation complète, la tête r en D. T. sur le détroit supé On rompt les membranes. s'engage en D. P., puis se effectuer sa rotation tout en cendant.
63	122	22 ans	2-pare	1° accouchement normal.	11,5	O I G A	Accouche à terme. Engag de la tête en G. A. dès le dél travail. Poche des eaux pla
64	124	22 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite.	O I D P	Rupture de la poche des avant le début du travail. L ne s'engageant pas, la dila ne se fait pas.
65	125	30 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite.	O I D T	Accouche à huit mois et Poche des eaux saillante. dramnios. La tête ne s'e qu'à dilatation complète en D. P., après rupture de la des eaux.
66	132	21 ans	1-pare		10,5 faux promontoires sacrés. Bassin généralement rétréci au D S et canaliculé.	O I D T	Accouche à huit mois en Contractions faibles. Dilat une fois à 2 francs, n'avance

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT — Poids	ENFANT — Etat à la naissance	ENFANT — Ce qu'il est devenu	MÈRE — Etat après la délivran.	MÈRE — Suites de couches
ceps ; prise régulière en G. A.	Naturelle	2 k. 970 B P — 8,5 B T — 8	Mort apparente, ranimé après 3/4 d'heure de respiration artificielle.	A présenté une paralysie du deltoïde. Sorti vivant et amélioré.	Bon	Bonnes
se oblique de la tête en D. xtraction en D. T. Tête très	Naturelle	3 k. 550 B P — 10,5 B T — 9,5	Né étonné, vite ranimé. Hydrocephale	Mort le lendemain.	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 170 B P — 9 1/4 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
oduction du ballon de Cham- de Ribes pour maintenir le n réduit. A dilatation com- chute du ballon. Version anœuvres internes. Manœu- de Champetier, puis de Mau- u.	Naturelle	3 k. 455 B P — 9 1/2 B T — 8 1/2	Né étonné, revient vite.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 725 B P — 10 B T — 8 1/2	Bon	Sorti vivant	Bon	Infection T.max.40,3 Sort guérie.
roduction d'une sonde de se.	Naturelle	3 k. 360 B P — 8 3/4 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 770 B P — 9 B T — 7 1/2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
dilate avec l'écarteur de ier ; puis deux applications rceps directes quant à la tê- D. P. au D. S. restent sans tat. Version par manœuvres nes. Forceps sur la tête der-	Naturelle	3 k. 750 B P — 9, 8 B T — 8,8	Etat syncopal, ranimé avec peine. Tête très ossifiée.	Meurt le lendemain	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 450 B P — 9 B T — 8 1/4	Bon	Sorti vivant	Bon	Légère infection T.max.39,6 Sort guérie.
latateur de Tarnier, puis ver- par manœuvres internes.	Naturelle	2 k. 180 B P — 7 1/4 B T — 6	Mort apparente; ranimé après 20 minutes d'efforts.	Meurt le lendemain	Bon Hémor légère 3/4 heure après	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du trav:
67	134	32 ans	1-pare		Promontoire inaccessible. Bassin oblique par paralysie infantile : atrophie du côté droit ; le côté gauche est redressé au détroit supérieur ; l'épine sciatique droite est saillante.	O I D P	Accouchement spontané mois. La tête tend à s'enga O. I. D. P. dès le début d vail.
68	113	28 ans	2-pare	1[er] accouchement normal.	11	O I G T	Accouche à terme. La t s engage qu'à dilatation co après rupture artificielle des branes en G. T.
							Année 1
69	14	33 ans	1-pare		9,7	O I G T	Accouche à terme. La tête mobile au détroit supérieu défléchit petit à petit et se M. I. D. T. On tente de la r en sommet sans y réussir.
70	84	21 ans	1-pare		11 faux promontoires sacrés, bassin canaliculé.	O I D P	Accouche à terme normal
71	97	19 ans	1-pare		10,7	O I D T	Accouchement prématuré voqué presque à 9 mois. A tation complète, rupture art le de la poche des eaux. E ment en O. I. D. T.
72	106	25 ans	2-pare	1[er] accouchement très long.	Promontoire accessible à limite	O I G A	Accouche à terme normale
							Année 1900-
73	6	23 ans	1-pare		11	O I G A	Accouche à terme. Dès le du travail, la tête est dan cavation, mal fléchie. Se fle dilatation complète.
74	20	26 ans	1 pare		Promontoire accessible à limite	O I G A	Accouche à terme normale

)pérations nécessaires	Délivrance	ENFANT Poids	ENFANT Etat à la naissance	ENFANT Ce qu'il est devenu	MÈRE Etat après la délivran.	MÈRE Suites de couches
	Naturelle	1 k. 890 B P — 8 B T — 7	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 690 B P — 8 1|2 B T — 7 1|4	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
-ion par manœuvres inter- manœuvres de Champetier ›es, puis de Mauriceau. Gê- r l'anneau de Band.	Naturelle, rétention de membranes	2 k. 820 B P — 9 B T — 8	Mort apparente, ranimé après demi-heure d'efforts. Sillon sur le pariétal postérieur.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
		3 k. 225 B P — 9 BT — 7 1|2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
oduction d'une sonde de e.		3 k. 130 B P — 9 B T — 7	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
		2 k. 855 B P — 8,5 B T — 7	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes

e professeur-agrégé Puech, chargé du service

	Artificielle pour hémorragie	3 k. 300 B P — 9 1|4 B T — 8	Asphyxie bleue : n'a pu être ranimé.		Bon	Bonnes
	Artificielle	2 k. 730 B P — 9 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Syncope prise pour hémor : revient vite.	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du trav
75	35	26 ans	3-pare	1er accouchement: basiotripsie. 2e normal.	Promontoire accessible?	O I G T	Accouchement à terme. tation complète, après rupt la poche des eaux, la tête mobile en O. I. G. T.
76	39	27 ans	1-pare		Bassin coxalgique, ankylose de l'articulation gauche. Atrophie du côté gauche du bassin. Côté droit normal.	O I G A	Accouche à terme normal Position genu-pectorale.
77	52	20 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite.	O I G A	Accouchement prématuré tané à huit mois et demi. In basse du placenta. La têt fléchie descend dans l'exca dès le début du travail.
78	68	26 ans	1-pare		10,4 Face antérieure du sacrum accessible. B. canaliculé	O I D T	La femme entre à dil complète : tête mobile en D. T. au détroit supérieur.
79	81	26 ans	2-pare	1er accouchement normal.	Promontoire accessible à limite.	O I D T	Accouche à terme. Rupt la poche des eaux et engag de la tête en O. I. D. P. au du travail.
80	83	30 ans	2-pare	1er accouchement. Forceps. Enfant mort.	10 Généralement retréci au D. S.	O I D P	Accouchement spontané mois. Engagement de la têt latation complète.
81	84	23 ans	1-pare		11,5 Faux promontoire lombaire. B. Canaliculé.	O I G A	Accouchement prématur voque presque à terme. L s'engage après rupture de che des eaux. Dilatation, 50 mes.
82	88	39 ans	4-pare	3 accouchements normaux. Enfants vivant très petits quoique à terme.	10,6	O I G T	Accouche à terme. La têt gage en G. P. après rupt la poche des eaux. Dilatati francs.
83	102	26 ans	2-pare	1er accouchement: symphyséotomie. Enfant mort. Relâchement de la symphyse pubienne.	9,2 Relâchement de la symphyse pubienne.	O I G A	Rupture de la poche : dil grande paume. Asynclitisme rieur, puis postérieur. Exp spontanée.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran.	Suites de couches
ceps au D.S. Deux prises : lique : tête en G. T. ; 2° en	Naturelle	3 k. 990 B P — 9 1/2 B T — 8 1/2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 350	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 370	Né étonné, vite ranimé.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
x applications de forceps résultat. Enfant mort. Basio-.	Naturelle	2 k. 600 sans la matière cérébrale.	Le cœur bat quelques instants.		Assez mauvais	Infection T.max.38,4 Sort guérie
	Naturelle	2 k. 900 B P — 9 B T — 8 1/2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 500 B P — 8,25 B T — 7	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
oduction d'une sonde de e.		3 k. 400 B P — 9 B T — 7,5	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 420 B P — 8,5 B T — 7,5	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 120 B P — 9 B T — 8	Né étonné, vite ranimé. Enfoncement du pariétal gauche. Déformation réniforme.	Quelques convulsions les premiers jours. Sort vivant	Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du trava
84	107	19 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite. On sent la face antérieure du sacrum. B. canaliculé.	O I D P	La tête s'engage dès le du travail, mais mal fléchi couchement spontané à tern
85	108	28 ans	3-pare	2 accouchements normaux.	Promontoire accessible à limite	O I G T	La dilatation étant à 2 fra tête s'amorce fortement en non fléchie. Accouchement tané à terme.
86	125	17 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I D T	Engagement régulier de l en O. I. D. P. dès le début vail. Accouchement sponta
87	132	34 ans	4-pare	3 accouchements normaux.	10.8	O I D T	Dilatation, grande paume tête s'engage en transverse asynclitisme postérieur.
88	137	28 ans	5-pare	1er accouchement forceps. Enfant vivant. 3 autres normaux. 1 enfant mort.	11.3 Faux promontoire sacré 10,8. B. canaliculé.	O I D T	La poche des eaux, très mineuse, fait la dilatation. rompt ; dilatation presque plète. Le col revient sur la me. Bruits du cœur faibliss
89	188	28 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite. On sent la face antérieure du sacrum. B. canaliculé.	O I G A	Accouche à terme. La tête amorcée et en asynclitisme térieur presque jusqu'à dila complète. A ce moment, e fléchit et s'engage. Inertie ut
90	198	23 ans	2-pare	1 accouchement prématuré provoqué à 7 mois. Enfant mort 2 jours après.	9.8	O I G A	Accouche spontanément mois environ.
91	225	30 ans	3-pare	1 avortement à 3 mois. 2e accouchement prématuré provoqué: accouchement par le siège, enfant mort. (Voir observ. 47)	9	O I G A	Accouchement prématuré voqué à sept mois et dem moment où la tête commen s'amorcer à dilatation com inertie utérine.
92	231	17 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I G T	Accouche à terme. A dila complète, rupture de la poc eaux et engagement de la t G. A.
93	235	20 ans	1-pare		10.3	O I D P	Accouchement prématuré voqué presque à terme. A tion complète, on rompt la des eaux. Dès lors, la tête gage. Inertie utérine.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran	Suites de couches
	Naturelle	3 k. 050 B P — 8,5 B T — 7	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 180 B P — 9 B T — 3	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 350 B P — 8 B T — 7	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 750 B P — 9 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
ceps au détroit supérieur ne tête mobile en D. T. Pri-ecte quant à la tête, antéro-ieure quant au bassin.	Naturelle	3 k. 670	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
ceps à la vulve sur une tête P.	Naturelle incomplète	2 k. 990 B P — 8 B T — 7	Né étonné : vite ranimé.	Sorti vivant	Bon	Légère infection T max-39.4
	Naturelle	2 k. 290	Mort et macéré (syphilis)			
on de Champetier de Ribes, carteur de Tarnier. Forceps S. Prise directe sur une tête I G. A.	Naturelle	2 k. 080	Né étonné : vite ranimé. Sillon sur le pariétal gauche.	Meurt 12 h. après.	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 870 B P — 9 1/2 B T — 8 1/2	Né étonné : vite ranimé.	Meurt de broncho-pneumonie le 21ᵉ jour	Bon	Bonnes
ceps dans l'excavation sur te en O. P.	Naturelle	1 k. 450 B P — 8 B T — 6 1/2	Mort apparente : ranimé très difficilement.	Meurt 40 jours après, sans avoir pris le sein.	Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
94	236	38 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite. Bassin asymétrique ; redressement de la ligne innominée droite. Pied bot droit.	O I D T	Avant dilalation complète. ru spontanée des membranes. tête est dans un état interme re entre la flexion et la défle Expulsion du méconium. Inertie utérine.
95	237	17 ans	1-pare		12	O I G A	Accouche à terme nor ment.

Année 1901-1

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travai
96	16	28 ans	2-pare	1er accouchement normal.	Promontoire accessible à limite	O I D T	La tête ne s'engage qu'. rupture de la poche des ea dilatation complète et en D
97	26	23 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I G A	S'engage dans l'excavatio le début du travail, puis ne gresse plus. Inertie utérine.
98	39	30 ans	5-pare	3 accouchements normaux : 1 avortement à 3 mois.	Promontoire accessible à limite. Un faux promontoire sacré. B. canaliculé.	O I G A	Accouchement spontané à me.
99	63	22 ans	1-pare		10,7	O I G A	Accouchement prématuré voqué presque à terme. La reste mobile jusqu'à ce rompe les membranes à c tion complète. Expulsion r
100	73	23 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I D T	La tête s'engage dès le du travail en O. I. D. P.
101	74	20 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I G A	Rupture précoce des me nes. Accouchement normal
102	91	19 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I D P	Rupture précoce des me nes. La tête s'engage dès but du travail.
103	97	17 ans	1-pare		10,2 B. généralement petit ; bien conformé ; pas de rachitisme. B. canaliculé.	O I D P	Accouchement prématuré voqué à 8 mois et demi. te spontanément. La tête com à s'engager. Dilatation = 2

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran.	Suites de couches
latation manuelle du col ·édé de Bonnaire). Version manœuvres internes.	Naturelle	2 k. 150 B P — 8 1/2 B T — 8	Mort apparente, ranimé après 1 heure d'efforts; fracture du bras gauche.	Sorti vivant et guéri de sa fracture.	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 910 B P — 8 1/2 B T — 9 1/2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes

le professeur-agrégé Vallois, chargé du service

	Naturelle	3 k. 400 B P — 8,5 B T — 7,5	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
·rceps dans l'excavation sur tête en O. I. G. A.	Naturelle	2 k. 850 B P — 8,5 B T — 7,5	N› étonné ; vite ranimé.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 kil. B P — 7 1/2 B T — 7	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
roduction d'une sonde de se.	Naturelle	2 k. 450 B P — 9,5 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 060 B P — 9 B P — 8	Né étonné ; vite ranimé.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 950 B P — 9 B T — 8	Né étonné ; vite ranimé.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 120 B P — 8 1/8 B T — 7 1/2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
roduction d'une sonde de se.	Naturelle	2 k. 400 B P — 8.5 B T — 7,4	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travail
104	99	26 ans	2-pare	1er accouchement basiotripsie.	10,5	O I D T amorcée	Accouchement prématuré voqué à 8 mois et demi. A rupture de la poche des eau dilatation complète, la tête s gage en asynclitisme postér et en D. P.
105	113	40 ans	2 pare	1er accouchement normal.	10,2	O I D T	Accouchement prématuré voqué à 8 mois. A dilatation c plète après rupture des mem nes, la tête repose en async me postérieur sur le D. S., ne s'engage pas.
106	152	25 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite Epines sciatiques saillantes. Rétréci au D I.	O I G P	La tête s'engage bien, reste retenue au détroit infér en G. A.
107	161	21 ans	1-pare		10,7 Généralement rétréci au D S.	O I G A	La tête s'engage dès le d du travail en asynclitisme rieur.
108	163	24 ans	2-pare	1er accouchement normal.	Promontoire et 2 faux promontoires sacrés. Epines sciatiques saillantes.	O I G A	Accouchement spontané mois environ.
109	179	15 ans	1-pare		11 Faux promontoires sacrés. B canaliculé.	O I D P	Accouchement prématuré voqué presque à terme. Rup artificielle de la poche des à dilatation complète. Eng ment de la tête.
110	196	26 ans	1-pare		10,5	O I D P	Amenée de la ville en tr depuis huit jours. Asynclit postérieur ; tête mal fléchie. Bosse pariétale postéri seule engagée. Poche des rompue. Ecoulement de liq jaunâtre. T. 38°4. P. = 128. 5 fr.
111	218	27 ans	3-pare	2 accouchements normaux.	11	O I D P	Accouchement prématuré voqué presque à terme. Dè début du travail, la tête s'amo A dilatation complète, rup des membranes, engagemen descente rapide de la tête.
112	219	34 ans	2-pare	1er accouchement normal.	11	O I G T	Accouche spontanément à me . Engagement normal d tête en O. I. G. A. Hydramnic

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran.	Suites de couches
[illegible]troduction d'une sonde de [illegible]use.	Naturelle	2 k. 250 B P — 8,9 B T — 7,9	Bon. Gouttière sur le pariétal gauche.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
[illegible]troduction d'une sonde de [illegible]use. Forceps au détroit supérieur sur une tête en D. T., [illegible]e oblique.	Naturelle	2 k. 550 B P — 8,4 B T — 7,2	Un peu étonné	Sorti vivant	Bon	Bonnes
[illegible]orceps au détroit inférieur [illegible] une tête en O. I. G. A.	Naturelle	3 k. 170 B P — 8,6 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Infection puerpérale T. max. = 40,4. Sortie guérie
	Naturelle	3 k. 420 B P — 9 B T — 7	Bon	Sorti vivant	Bon	Infection T. max. = 39,2. Sortie guérie
	Naturelle	1 k. 720 B P — 8 B T — 6,8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
[illegible]troduction d'une sonde de use.	Naturelle	3 k. 450 B P — 9,2 B T — 7,8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
[illegible]ilatation artificielle (procédé Bonnaire). Forceps au détroit [illegible]érieur, prise directe quant à [illegible]ête, oblique quant au bassin.	Naturelle	3 k. 820	Enfoncement et fractures sur le pariétal droit.	Meurt demi-heure après sa naissance.	Bon	Infection puerpérale T. max. = 38,4. Sortie guérie
[illegible]troduction d'une sonde de use.	Naturelle	3 k. 300	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
[illegible]orceps pour souffrance de [illegible]ant dans l'excavation sur une [illegible] en G. A.	Naturelle	3 k. 300 B P — 8,8 B T — 7,5	Né étonné, vite ranimé	Sorti vivant	Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travail
							Année 1902-1
113	2	20 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I G A	Accouche normalement à me.
114	10	22 ans	2-pare	1er accouchement prématuré à 8 mois, enfant mort 20 jours après.	Promontoire accessible à limite	S I D T décompléte mode des fesses	Dégagement spontané du ge.
115	11	37 ans	6-pare	1er et 5e accouchements normaux. 2e 3e et 4e forceps.	10,4 Face antérieure du sacrum accessible. B. canaliculé.	O I G T	Entre de la ville en travai puis 3 jours, à dilatation plète. poche rompue. Tête r le en asynclitisme antérieur.
116	34	21 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I G A	Accouchement normal à te
117	61	34 ans	5-pare	4 accouchements normaux.	Promontoire accessible à limite	O I G A	Accouchement normal a te Rupture précoce des membra
118	69	20 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I D T	La tête ne s'engage en D T. dilatation complète, après r re des membranes. Inertie rine.
119	72	23 ans	1-pare		10,3	O I G T	A dilatation complète, on r la poche des eaux, qui est volumineuse. La tête ne s'en pas et reste au détroit supé inclinée sur le pariétal p rieur.
120	85	21 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I G D	Accouchement à terme. La reste longtemps mobile au S'engage, la dilatation éta grande paume. Rupture sp née des membranes à dilat complète. Inertie utérine.
121	105	27 ans	1-pare		9,9 B généralement rétréci au D S.	O I G T	Femme en travail depu jours. Dilatation complète, p des eaux saillante. Rupture ficielle des membranes. Li vert et épais. Sa tête reste m
122	112	19 ans	1-pare		10,5	M I D P	Accouchement prématuré voqué presque à terme. La p des eaux se rompt à la v après dilatation complète : le met s'engage alors rapide Dégagement en M. P.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	MÈRE Etat après la délivrance	Suites de couches

le professeur agrégé Puech, chargé du service

Opérations nécessaires	Délivrance	Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivrance	Suites de couches
	Naturelle	2 k. 870 B P — 8 9 B T — 7,8	Bon	Sorti vivant	Bon	Infection puerpérale T.max=39 Sort guérie
lanœuvre de Mauriceau.	Naturelle	3 k. 165 B P — 9 B T — 8	Né un peu étonné.	Sorti vivant	Bon	Sortie au 6e jour sans autorisat du chef de service.
applications de forceps sans ıltat. Basiotripsie.	Naturelle	2 k. 770			Bon. Pouls un peu rapide= 112.	Bonnes
	Naturelle	3 k. 465 B P — 9 B T — 8	Bon	Ictère léger Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 970 B P — 8,5 B T — 7,7	Bon	Sorti vivant	Bon	Pas très bonnes. Bacillose agravée
orceps sur le périnée. Tête O. P.	Naturelle	3 k. 080 B P — 9 B T — 7,8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
ymphyséotomie. Forceps au oit supérieur sur une tête en I. G. A.	Artificielle pour hémorragie.	3 k. 210 B P — 9,6 B T — 7,7	Né étonné ; vite ranimé.	Sorti vivant	Syncopes	Bonnes. Sort avec légères douleurs à la pression au niveau de la symphyse
orceps dans l'excavation sur tête en O. G. P. 2 prises.	Naturelle	3 k. 110 B P — 9 B T — 8,5	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
tentatives de forceps sans résultat. Enfant mort. Basiotripsie.	Naturelle	2 k. 465			Bon	Bonnes
ntroduction d'une sonde de use.	Naturelle	2 k 410 B P — 9,5 B T — 8,5	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travail
123	117	19 ans	1-pare		On sent le D S sur une grande étendue. Atrophie du côté droit du bassin.	O I D T	Accouche à terme. La s'engage pendant le travail, reste sur le périnée en O. I. G Inertie utérine.
124	137	20 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I D P	Accouchement normal à ter
125	158	32 ans	3-pare	2 accouchements antérieurs. Forceps au D. I. Enfants morts.	Rétréci au détroit inférieur. Mensurations non prises.	O I D P	Après rupture de la poche eaux, à dilatation complète, tête est retenue au détroit i rieur.
126	165	30 ans	2-pare	1re grossesse forceps. Enfant vivant.	Promontoire facilement accessible. (Pas de mensurations).	O I G T	Après plusieurs tentatives forceps en ville, la femme e à la clinique avec un enfant n dont le crâne est perforé.
127	169	34 ans	3-pare	Pas de renseignements.	10,2	O I G T	Accouchement prematuré voqué. La dilatation qui se mal est hâtée au moyen des lons de Champetier de Ril Procidence du cordon penc le travail.
128	220	25 ans	1-pare		10,5	O I D P	Accouchement normal à ter

Année 1903-19

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travail
129	24	16 ans	2-pare	1 accouchement prématuré provoqué il y a trois ans (*obs.* 109). Bassin de 11 P S P.	Promontoire tout juste atteint à limite, ne peut être mesuré.	O I G A	Accouchement normal à ter Rupture artificielle des m branes à dilatation complète.
130	20	29 ans	8-pare	2 avortements à 3 mois, 2 grossesses normales, 1 avortement, 2 grossesses normales.	11 Luxation congénitale de la hanche à gauche. Bassin oblique ovalaire au D S. Promontoire dévié à gauche.	O I G A	Accouchement spontané à me. La tête s'engage dans grand diamètre du bassin occ. en avant.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran.	Suites de couches
rceps dans l'excavation sur ête en O. D. A.	Naturelle	2 k. 780 B P — 9 B T — 7,8	Bon	Sorti vivant	Bon	Infection puerpérale T. max. = 40,4. Sort guérie.
	Naturelle	2 k. 915 B P — 8,4 B T — 7	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
ceps sans résultat. Sym-otomie.	Naturelle	3 k. 560	Mort apparente.	Meurt 2 heures après sans avoir pu être ranimé.	Bon	Bonnes
iotripsie.	Naturelle	2 k. 540			Assez bon	Infection puerpérale T. max. = 39,8. Sort guérie
oduction de sondes de Krau-rsion par manœuvres inter-Champetier de Ribes, puis ceau.	Naturelle	3 k. 230 B P — 9,4 B T — 7,6	Fortement étonné: est assez facilement ranimé.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 710 B P — 8 B T — 7	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
e professeur-agrégé Vallois, chargé du service						
	Naturelle	3 k. 250 B P — 9,5 B T — 7,5	Né étonné ; vite ranimé	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 180 B P — 9 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du trava
131	41	20 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite.	O I D P	Accouche spontanément … mois et demi. La tête s'e… dès le début du travail. I… utérine.
132	47	22 ans	1 pare		10 Généralement rétréci au D S.	O I D T	Accouchement à terme. … fois à grande paume, la … tion n'avance plus et la tête mobile au D. S. Rupture … cielle des membranes.
133	49	26 ans	2-pare	1er accouchement long. Enfant mort 3 jours après.	Promontoire accessible à limite.	O I G A	Accouchement spontané … me. Rupture prématurée … membranes 2 jours avant … but du travail.
134	64	41 ans	3-pare	1er accouchement Forceps, enfant vivant. 2e enfant mort et macéré : chute 15 jours avant accouchement.	10	O I D T	Accouchement prématuré … tané presque à terme. La f… entre en travail perdant de… teintées par du méconium.
135	81	22 ans	1-pare		10,5 On sent la face antérieure du sacrum B. canaliculé	O I G T	Accouchement prématur… voqué à 8 mois et demi. I… s'engage asynclitiquement, … dant le travail en O. I. G. A … ture spontanée des membr… dilatation complète.
136	82	18 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite.	O I D T	Accouchement spontané … me. Engagement de la t… transverse.
137	111	22 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite	O I G A	Accouchement spontané … me normal. Rupture arti… des membranes.
138	121	.7 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite.	O I G A	Accouchement normal à … Rupture artificielle des m… nes.
139	127	17 an.	1-pare		10.2 B. scolio rachitique.	O I G A	Accouchement prématur… voqué à 8 mois et demi. E… ment de la tête en O. I. … Dégagement un peu en obl…

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	MÈRE Etat après la délivran.	Suites de couches
rceps dans l'excavation sur tête en D. P. Double appli- n.	Naturelle	2 k. 515 B P — 8,8 B T — 7,6	Né étonné	Sorti vivant	Bon	Infection légère T. max. = 38,9. Sortie guérie
tation manuelle (procédé o.naire). Forceps au D. S., ne tête en O. I. G. T., prise ue	Naturelle	2 k. 250 B P — 8,7 B T — 7	Mort apparente	Meurt 1/2 h. après	Bon	Infection T. max. = 38 5. Sortie guérie.
	Naturelle	3 k. 130 B P — 9,4 B T — 9,2	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
utative de forceps, prise ue. Version par manœuvres es sur un genou. Champe- le Ribes, puis Mauriceau.	Naturelle	3 k 070 B P — 9 B T — 7	A peine un peu étonné.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
roduction d'une sonde de se.	Naturelle	3 k. 070 B P — 8 B T — 6,9	Bon. Dépression de la régi n fronto-pariétale gauche.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 800 B P — 8,5 B T — 7	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 220 B P — 9 B T — 8	Né un peu étonné.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 800 B P — 10 B T — 9	Bon	Sorti vivant	Bon	Infection T.max=39 Sortie guérie
roduction d'une sonde de se.		2 k 150 B P — 8 B T — 6,5	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du trava
140	128	29 ans	3-pare	1er Basiotripsie, 2e accouchement prématuré provoqué.	10.5	O I D T	Femme entrée à dilatation plète. Poche des eaux in Tête mobile au D. S. On r les membranes, la tête ne gage pas.
141	152	22 ans	2-pare	1er accouchement normal.	Promontoire accessible à limite.	O I G A	Rupture prématurée des branes 2 jours avant le déb travail. Accouchement norn
142	153	31 ans	2-pare	1er Forceps au D S. Enfant vivant.	Promontoire accessible à limite.	O I G A	Accouchement spontané mois et demi. Normal. Asyn me antérieur.
143	155	21 ans	1-pare		Promontoire accessib'e à limite.	O I G T	Accouche spontanément mois et demi. Engagement G. T. Rupture artificielle membranes. Liquide verdât
144	161	28 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite.	O I G A	Accouchement normal à t
145	163	38 ans	1-pare		9.5 Bassin de naine D S généralement rétréci. Coccyx en hameçon, mais très mobile.	O I G A	Accouchement prématuré voqué à 8 mois. La tête s'e a dilatation comme petite p Asynclitisme postérieur, pu térieur.
146	169	30 ans	4-pare	3 accouchements antérieurs bons 1er et 3e par la face.	Promontoire accessible à limite.	S I D P	Hydramnios. Le siège s'e après rupture des membra dilatation complète.
147	191	19 ans	3-pare	1er avortement à 3 mois : suite de traumatisme. 2e accouchement, enfant mort à 8 mois (traumatisme).	Promontoire à limite.	O I G T	Le sommet s'amorce dès but du travail en G. T. et en clitisme postérieur très m puis s'engage en G. A.
148	195	22 ans	1-pare		10.5	O I G T	Femme atteinte de grippe. ture précoce des membran le début du travail. Tempér 39°2.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran.	Suites de couches
…sion par manœuvres inter… …rès facile.	Naturelle	2 k. 810 B P — 9,3 B T — 7,9	Né étonné, vite ranimé, tête ossifiée.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 740 B P — 9,4 B T — 8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 790 B P — 8,5 B T — 7,5	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 670 B P — 9 B T — 7	Né un peu étonné	Sorti vivant	Hémor peu graves.	Bonnes
	Naturelle	2 k. 230 B P — 8,8 B T — 7,9	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
…oduction d'une sonde de …se.	Naturelle	2 k. 420 B P — 8,3 B T — 6,1	Né étonné. Vite ranimé. Aplatissement du pariétal gauche.	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 010 B P — 7,7 B T — 6,5	Mort après quelques inspirations.		Bon	Bonnes
	Naturelle	2 k. 990 B P — 8,2 B T — 7,5	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
…ouchement méthodiquement …ré. Dilatateur de Tarnier, procédé de Bonnaire. For…au D. S., sur une tête en (prise oblique).	Naturelle	2 k. 890 B P — 8,5 B T — 7,8	Mort		Bon	Bonnes

N° d'ordre	N° du registre de l'année	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Bassin diamètre P. S. P.	Présentation et Position	Particularités du travail
149	246	29 ans	2-pare	1 avortement 3 mois 1/2.	Promontoire accessible à limite ; faux promontoire sacré. B canaliculé	O I D P	Accouchement normal à te Rupture artificielle des mem nes à dilatation complète.
150	235	30 ans	3-pare	2 accouchements normaux.	Promontoire accessible à limite.	O I G A	Accouchement normal à te Rupture artificielle des mem nes à dilatation complète.
151	237	33 ans	7-pare	6 accouchements normaux.	Promontoire accessible à limite.	O I G A	Accouchement normal à t Rupture artificielle des me nes à dilatation complète.
152	256	30 ans	2-pare	1 accouchement normal.	Promontoire accessible à limite.	O I G H	Accouchement normal à t
153	260	28 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite.	O I G T	Engagement de la tête d début du travail en O. G. T. tie utérine.
154	265	21 ans	1-pare		Promontoire accessible à limite, très saillant.	O I G A	Accouchement normal à t Rupture artificielle des me nes à dilatation complète.

Opérations nécessaires	Délivrance	ENFANT			MÈRE	
		Poids	Etat à la naissance	Ce qu'il est devenu	Etat après la délivran.	Suites de couches
	Naturelle	3 k. 100 B P — 8,5 B T — 7,5	B n	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 680 B P — 915 B T — 9	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 800 B P — 9,7 B T — 7,9	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k 170 B P — 8,8 B T — 8,5	Bon	Sorti vivant	Assez mau-vais	Passée en médecine. Poussée aiguë de bacillose.
·ceps au détroit inférieur ne tête en O. I. G. A.	Naturelle	3 k. 210 B P — 8,7 B T — 7,5	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes
	Naturelle	3 k. 370 B P — 8,7 B T — 7,8	Bon	Sorti vivant	Bon	Bonnes

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les 154 observations que nous venons de relater ont été recueillies dans un espace de 13 ans.

Elles se répartissent ainsi :

Années scolaires	Nombre de femmes	Nombre de B. R.	moyennes
1891-1892	114	3	2,7
1892-1893	145	7	4,8
1893-1894	140	6	4,2
1894-1895	134	8	5,9
1895-1896	143	9	6,2
1896-1897	135	12	8,9
1897-1898	137	9	6,5
1898-1899	153	14	9,2
1899-1900	114	4	3,5
1900-1901	240	23	9,5
1901-1902	228	17	7,5
1902-1903	258	16	6,2
1903-1904	284	26	9,2
	2.225	154	6,9

Ainsi donc sur un total de 2.225 femmes venues à la clinique de Montpellier, 154 seulement, c'est-à-dire 6.9 pour cent, présentaient des viciations pelviennes.

Ce pourcentage est faible si on le compare aux chiffres cités dans l'introduction, puisque Bonnaire dans son article du Traité de Tarnier et Budin prenant la moyenne des statistiques

des divers auteurs accepte le chiffre de 16 pour cent comme fréquence des bassins retrécis.

Sur ces 154 bassins, 16 ne nous présentent pas des types du bassin rachitique. Mais si l'on tient compte que 4 d'entre eux viciés par déviations de la colonne vertébrale d'origine rachitique, présentent, en outre, des déformations directement imputables à cette dernière affection et que le rachitisme seul a permis un pied bot de rendre un bassin asymétrique, nous trouvons seulement 11 bassins dans lesquels nous ne pouvons incriminer le rachitisme. Ce qui nous donne 1 bassin non rachitique pour 14 viciés par cette maladie, chiffre à peu près égal à celui admis par Bonnaire. D'après lui, en effet, sur 16 bassins retrécis, un seul ne reconnaîtrait pas le rachitisme comme cause de viciation.

PREMIÈRE PARTIE

BASSINS RACHITIQUES

Nous avons divisé les bassins rachitiques en deux catégories :

1° Les bassins généralement retrécis ;

2° Les bassins aplatis de beaucoup les plus nombreux.

Dans chacun de ces deux groupes nous formons deux grandes subdivisions :

a) Les bassins rétrécis au détroit supérieur seulement ou bassins annelés ;

b) Les bassins rétrécis sur toute leur hauteur, présentant un redressement de la concavité sacrée.

Enfin, dans chacune de ces subdivisions, nous avons groupé les bassins d'après les dimensions de leur diamètre promonto-sous-pubien :

Bassins de moins de 9 centimètres et demi ;

Bassins de 9 centimètres et demi à 11 centimètres ;

Bassins de 11 à 12 centimètres et demi ;

Bassins à promontoire accessible à limite, mais dont le diamètre P. S. P. n'a pas été mesuré.

Ces divisions ne sont pas seulement faites pour la clarté de l'exposition ; elles répondent encore à des observations cliniques. En effet, tout autre est le mécanisme et le pronos-

tie de l'accouchement selon que le bassin est rétréci dans son diamètre antéro-postérieur seulement ou qu'il l'est dans tous ses diamètres.

Rappelons d'abord succinctement le mécanisme de l'accouchement physiologique normal, puis nous verrons d'après les auteurs classiques quelles sont les modifications qui se produisent en général dans les diverses catégories de bassins rétrécis.

En exposant leurs théories, nous indiquerons pour chaque classe le nombre de nos cas qui ont suivi le mécanisme indiqué et nous signalerons les exceptions en en recherchant autant que possible les causes.

CHAPITRE PREMIER

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE

Dans l'accouchement physiologique, nous avons à considérer trois ordres de phénomènes :

I. Des phénomènes maternels.

II. Des phénomènes annexiels.

III. Des phénomènes fœtaux.

I. Phénomènes maternels. — Du côté de la mère nous observons une série de phénomènes découlant les uns des autres.

D'abord des contractions utérines, qui, au début, faibles et espacées, vont en se rapprochant et en augmentant de durée et d'intensité pour atteindre leur maximum au moment de la période d'expulsion. Ce sont elles qui amènent l'effacement puis la dilatation du col, et font progresser le fœtus le long de la filière pelvienne.

Ensuite des contractions abdominales et vaginales qui, à la période terminale viennent renforcer l'utérus fatigué.

L'effacement du col amène l'expulsion du bouchon muqueux et des sécrétions cervicales. Tout ce mucus lubréfie le canal vaginal et facilitera le glissement du fœtus.

D'ailleurs, le vagin, la vulve et le périnée se sont ramollis

pendant les derniers temps de la grossesse, ce qui leur permettra de s'amplifier pendant le passage de l'enfant.

II. Phénomènes annexiels. — Du côté de l'œuf nous observons la formation de la poche des eaux constituée par la partie des membranes située en avant de la tête, et le liquide qui s'y trouve contenu. Cette poche flasque pendant l'intervalle des contractions, se tend sous leur effort, et à dilatation complète, se rompt pour livrer passage à l'enfant.

III. Phénomènes foetaux. — Du côté du fœtus, nous avons à considérer trois parties : la tête, les épaules et le siège. Chacune de ces masses exécute successivement :

1° Un engagement ;

2° Une descente ;

3° Un dégagement.

Nous rappellerons brièvement la manière dont la tête effectue ces trois temps, les épaules et le siège ne faisant que répéter les mouvements du sommet.

1° *Engagement.* — Ce premier temps comprend deux catégories de phénomènes :

a) Des phénomènes préparatoires ;

b) L'entrée dans le bassin.

a) Ces phénomènes préparatoires sont de deux sortes :

D'abord, la tête s'amoindrit par compression en réduisant ses diamètres par chevauchement des os du crâne au niveau des sutures, et en substituant par flexion son diamètre sous-occipito-frontal à son diamètre occipito-frontal.

Ensuite, la tête s'oriente et met son plus grand diamètre, le sous-occipito-frontal, dans un des grands diamètres du bassin, l'un des deux obliques.

b) L'entrée dans le bassin peut se faire synclitiquement, c'est-à-dire que la tête peut descendre d'aplomb, ses deux bosses pariétales se tenant toujours sur un même plan. Mais le plus souvent, on observe de l'asynclitisme postérieur. La tête engage d'abord sa bosse pariétale postérieure dans l'excavation, la loge dans la concavité sacrée, puis décrit un léger mouvement de rotation autour de son grand axe, mouvement qui, faisant passer la bosse pariétale antérieure le long de la face postérieure du pubis, l'amène au niveau de la postérieure.

2° *Descente.* — Dès lors, la tête est complètement engagée dans l'excavation, elle la traverse rapidement et descend jusqu'au périnée sans que ce deuxième temps de l'accouchement présente grande particularité, sauf si les parties molles offrent quelque résistance. Dans ce cas-là, les phénomènes préparatoires au dégagement pourront se produire avant l'arrivée sur le plancher périnéal.

3° *Dégagement.* — Là, comme pour l'engagement nous distinguerons :

a) Des phénomènes préparatoires ;

b) La sortie.

a) Les phénomènes préparatoires sont de deux ordres :

D'abord nouvel amoindrissement de la tête par flexion plus grande (hyperflexion) par substitution du diamètre sous-occipito-bregmatique au diamètre sous-occipito-frontal : ensuite, orientation du grand axe de la tête dans le grand axe du détroit inférieur musculaire, c'est-à-dire dans le diamètre coccy-pubien (rotation interne de la tête).

b) La sortie sera plus ou moins longue à se faire, selon la plus ou moins grande résistance du coccyx que la tête est obligée de retropulser. Le plus ou moins d'élasticité des parties molles sera également un facteur important.

Le mécanisme de cette sortie sera très simple. Sous l'effort des contractions utérines et abdominales, le sommet sortira de la vulve, le sous-occiput viendra se mettre au-dessous du pubis, puis la tête se défléchira, faisant passer successivement dans le diamètre coccy-pubien, ses diamètres sous-occipito-bregmatique, sous-occipito frontal, sous-occipito nasal et enfin sous-occipito-mentonnier.

Pendant que la tête franchissait la vulve les épaules s'étaient d'abord amoindries par pelotonnement, puis engagées en oblique dans l'excavation. Dès que la tête est sortie, les épaules à leur tour s'orientent selon le diamètre coccy-pubien (rotation externe de la tête) et sont expulsées asynclitiquement : la postérieure d'abord, pendant que l'antérieure est venue s'immobiliser derrière la symphyse ; puis l'antérieure sort à son tour. Dès lors tout se termine rapidement et le tronc, le siège et les membres inférieurs sont expulsés tellement vite dans la plupart des cas, qu'il est bien difficile d'y reconnaître les divers temps de l'évolution de la masse pelvienne, cependant comparables en tous points à ceux que viennent de dessiner successivement les masses céphalique et thoracique.

CHAPITRE II

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES BASSINS RACHITIQUES

I. — Modifications apportées aux phénomènes maternels

1° Contractions. — Les contractions ont pour but de faire descendre le fœtus le long de la filière pelvienne. Si un obstacle s'oppose à cette descente, les contractions augmenteront un peu d'intensité jusqu'à ce que l'obstacle soit vaincu, après quoi, elles reviendront à la normale : c'est ce que l'on observe le plus souvent, nous l'avons noté dans 112 cas sur 142 bassins rachitiques.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Parfois, les contractions pourront être perverties dans leur intensité ou leur fréquence :

a) Par excès.

b) Par défaut.

c) Par irrégularité.

a) *Par excès.* — Les contractions devenant de plus en plus rapprochées, de plus en plus longues, de plus en plus fortes, aboutiront à la contraction permanente ou tétanisation utérine, heureusement assez rare, puisque nous n'en trouvons qu'un cas (obs. 31).

Il est à noter que très souvent cet état de l'utérus est dû à

des interventions maladroites. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit pour la femme en question, puisqu'elle avait subi en ville deux tentatives de forceps avant dilatation complète. De plus, cette femme présentait de graves symptômes d'intoxication gravidique et avait eu deux attaques d'éclampsie. Dans ces cas de tétanisme utérin, il n'est pas rare de voir succomber l'enfant par asphyxie due à la gène de la circulation utéro-placentaire. Dans le cas qui nous occupe, l'enfant était mort sans qu'on puisse attribuer cet accident à cette cause ou à la toxémie maternelle. On pratiqua la basiotripsie. La mère fut mise ainsi d'une part à l'abri des dangers qu'un travail plus long lui eût fait courir de par son éclampsie, et, d'un autre côté, fut préservée d'une grave complication qui suit parfois la tétanisation utérine, la rupture de l'utérus.

b) *Par défaut.* — Parfois, nous verrons les contractions utérines, faibles et languissantes dès le début du travail, n'arriver qu'à la longue à produire la dilatation et à terminer par leur propre force l'accouchement : c'est ce que nous avons remarqué dans quatre cas.

D'autres fois, les contractions, fortes au début, s'arrêtent avant que la dilatation soit complète : tantôt parce que la tête, pour franchir le rétrécissement, a surmené l'utérus, qui, une fois l'obstacle vaincu, se repose, tantôt parce que la poche des eaux s'est rompue et n'agit plus comme agent excitateur par son contact avec le col.

Nous avons relevé huit cas où l'inertie utérine est survenue avant la dilatation complète du col et où l'on a été forcé de recourir à des interventions pour achever la dilatation. Une fois (obs. 5), on a vu, sous l'influence des manœuvres pratiquées sur le col, les contractions se réveiller et terminer l'accouchement.

Il est à remarquer que cinq de ces parturientes sur huit

accouchaient prématurément : or, l'accouchement prématuré est une cause prédisposante à l'inertie utérine. Enfin, deux autres ont vu survenir leur arrêt du travail après une rupture intempestive de la poche des eaux, rupture prématurée chez l'une, precoce chez l'autre.

Il est des cas bien plus nombreux où l'inertie ne survient qu'après dilatation complète (16 cas), le plus souvent lorsque la tête a déjà franchi le rétrécissement et se trouve dans l'excavation (15 cas). Dans ces conditions, on est forcé d'intervenir avec le forceps pour aider l'utérus surmené et défaillant. D'où le grand nombre d'applications de forceps dans l'excavation, c'est-à-dire, lorsque le rétrécissement est franchi, chez les femmes à bassin rachitique (15/142).

L'inertie utérine peut également survenir après l'accouchement. Le fœtus une fois sorti, l'utérus restera élevé et mou, ne se rétractera pas ou se rétractera mal et incomplètement et nous verrons se déclarer une hémorragie utérine qui nécessitera la délivrance artificielle. C'est ce que nous trouvons signalé 7 fois. D'ailleurs, même lorsqu'il n'y a pas inertie utérine véritable s'accompagnant d'hémorragie, on remarque très souvent de la paresse de l'utérus, qui quoique rétracté, ne se contracte plus, et la délivrance est longue à se faire. C'est ce qui s'est produit dans un très grand nombre de cas.

c) *Par irrégularité.* — Il arrive très souvent que la femme ressente par moment des douleurs très violentes suivies de périodes de calme et de repos. Mais ces phénomènes n'étant en général pas notés sur les observations, il nous est difficile de faire un relevé des cas où les contractions utérines ont été viciées par irrégularité.

Les contractions abdominales elles aussi sont augmentées d'intensité : d'où pour la femme un surcroît de fatigue.

Les contractions vaginales ne subissent guère de modifica-

tions. Mais l'ampliation du vagin est fortement troublée. Dans les cas où la tête reste longtemps au dessus du détroit supérieur, le vagin tiraillé et attiré vers le haut par les contractions utérines subit une véritable élongation. Si les tractions deviennent trop violentes, il pourra se produire des déchirures du vagin. La rupture siège en général dans ces cas-là au niveau de l'union du vagin avec l'utérus. Nous n'avons eu heureusement à enregistrer aucune complication de cette nature, complication qui ne survient que si on reste trop longtemps dans l'expectative.

Mais si l'on est contraint d'intervenir, on sera gêné pour opérer. Le vagin ayant prêté dans le sens de la longueur, se laissera difficilement distendre dans le sens transversal. D'où les complications dues aux parties molles dans les interventions pour bassin rachitique, et surtout dans les versions par manœuvres internes, ce que nous avons trouvé noté dans presque tous les cas où l'on a eu recours à cette opération. Il ne faut pas cependant oublier que cette élongation du vagin n'est pas la seule cause de gêne chez les femmes rachitiques et qu'elle ne fait que se surajouter le plus souvent à une dystrophie congénitale du vagin et de la vulve.

2° Effacement et dilatation du col. — L'effacement et la dilatation du col sont produits par deux facteurs : 1° par les contractions utérines ; 2° par les pressions qu'exercent la tête coiffée de la poche des eaux dans un bassin normal, la poche des eaux presque toujours seule dans les bassins retrécis. Les contractions subissant d'importantes modifications, comme nous venons de le voir, et la formation de la poche des eaux présentant des anomalies assez nombreuses, comme nous le verrons, la dilatation subira le contre-coup de cet état de choses et marchera souvent d'une façon anormale.

Parfois, la dilatation du col commencera avant son effacement complet. De plus, au début du travail, la poche des eaux étant l'agent principal de la dilatation, il n'est pas rare, quand il y a eu rupture prématurée des membranes et que la tête n'est pas engagée, de voir la dilatation traîner en longueur, malgré l'existence de contractions utérines. Mais, dans ce cas, si la tête ne s'engage pas bientôt, on verra les contractions diminuer peu à peu et le plus souvent cesser, l'excitation produite par la pression de la poche des eaux sur le col ayant disparu.

Sur les 142 observations, nous trouvons 4 cas où la dilatation s'est faite avec une lenteur extrême et 8 cas où elle ne se faisait pas du tout et où l'on fut obligé de recourir à des interventions. Le col fut dilaté tantôt avec le ballon de Champetier de Ribes, tantôt avec l'écarteur à trois branches de Tarnier, tantôt on employa successivement les deux instruments. Dans ces derniers temps enfin, on a employé la méthode de Bonnaire ou dilatation bimanuelle (2 obs.). Toutes les fois, on obtint un succès complet. Enfin, dans un autre cas, la poche des eaux se rompant à dilatation presque complète, le col revint sur lui-même mais n'en resta pas moins dilatable.

L'observation 51 doit retenir notre attention. Elle nous offre un exemple d'un phénomène qui se voit parfois dans les bassins rétrécis. Tandis que la dilatation est complète en arrière, la lèvre antérieure du col s'est œdématiée et coiffe la tête. On est donc obligé de repousser cette lèvre antérieure pour permettre le passage du fœtus. Cet état du col se rencontre dans les bassins aplatis quand le promontoire est très saillant. La tête de ce fait est repoussée contre le pubis, d'où compression de la portion antérieure de l'utérus. Résultats :

1° Les contractions sont arrêtées au niveau de la compression, par conséquent la dilatation ne se fait pas en avant ;

2° La circulation est gênée et il se produit de l'œdème de la lèvre antérieure du col.

II. — Modifications apportées aux phénomènes annexiels.

1° Formation de la poche des eaux. — Étant donné que la tête, au début du travail, est mal fléchie et s'adapte mal aux contours du détroit supérieur, à chaque contraction, une certaine quantité de liquide amniotique fusera entre la tête et la paroi utérine et viendra distendre les membranes au niveau de l'orifice utérin. D'où la forme saillante de la poche des eaux dans les bassins rétrécis qui est signalée dans presque toutes les observations. Quand l'amnios et le chorion présenteront une élasticité très grande, ils pourront se laisser distendre, se décoller de la caduque, glisser à travers le col, et l'on verra la poche des eaux bomber dans le vagin et même apparaître à la vulve. C'est ce que nous observons dans deux cas (obs. 46 et obs. 122).

2° Rupture de la poche des eaux. — Dans les bassins rétrécis et surtout dans les bassins aplatis la rupture des membranes a lieu parfois de très bonne heure. Cela est dû au fait que nous signalons plus haut : la communication entre la grande cavité amniotique et la poche des eaux. A chaque contraction, le liquide se trouve refoulé de haut en bas et vient forcer sur les membranes au niveau de l'orifice utérin.

Celles-ci finissent par se rompre, ne pouvant supporter longtemps ces chocs saccadés. C'est ce que nous avons trouvé signalé 11 fois.

A part ces 11 ruptures précoces, 5 fois les membranes se

sont rompues prématurément, et l'accouchement a suivi de près.

Enfin, dans 23 cas, on a été obligé d'avoir recours à la rupture artificielle des membranes et il est à remarquer que plusieurs fois, les contractions utérines qui commençaient à faiblir ont retrouvé leur énergie, et que la tête qui, jusque-là était restée mobile au-dessus du détroit supérieur, s'est de suite engagée après la rupture.

III. — Modifications apportées aux phénomènes foetaux.

Nous plaçons ci-contre un tableau où nous avons classé les bassins, indiqué la manière dont s'est effectué l'accouchement et consigné les résultats pour la mère et pour l'enfant. Nous suivrons pas à pas dans notre travail ce tableau, prenant les unes après les autres les diverses catégories de bassins.

Après quelques données sur le mécanisme de l'accouchement tel que le comprennent les classiques, nous verrons pour chaque catégorie ce qui s'est passé dans les cas que nous avons recueillis.

A. *Bassins généralement rétrécis.*

Sur les 142 bassins rachitiques, nous en trouvons 18 généralement rétrécis, et sur ces 18, 4 présentent en outre un redressement de la courbure sacrée.

1° Bassins généralement rétrécis annelés. — Dans les bassins généralement rétrécis, les proportions entre les différents diamètres restent les mêmes que dans un bassin normal. Ils

sont tous également diminués. Par conséquent les diamètres obliques seront toujours les plus grands. Le mécanisme sera le même quelles que soient les dimensions du bassin. Il faudra tenir compte seulement des difficultés provenant de la diminution des diamètres. Aussi allons-nous prendre un à un les divers temps de l'accouchement et voir les modifications qu'ils ont subies.

Le premier des deux phénomènes préparatoires, l'amoindrissement, sera exagéré. Et ce n'est pas tant le tassement des os du crâne qui sera augmenté, mais surtout la flexion qui diminuera le grand diamètre de la tête. Nous aurons de l'hyperflexion au détroit supérieur.

Pour se produire, cette flexion forcée nécessitera le déploiement d'une force assez grande : aussi la résistance apportée au développement du fœtus par la sangle abdominale et les légères contractions utérines des derniers temps de la grossesse ne suffiront pas pour faire engager la tête qui restera mobile au-dessus du détroit supérieur jusqu'au moment du travail.

L'orientation se fera dans un des diamètres obliques tout comme dans un bassin normal, puisque les obliques restent les grands diamètres. On peut cependant trouver des engagements en transverse et nous en avons observé un cas (obs. 26.) Il est probable que ce bassin présentait en outre du rétrécissement généralisé, un aplatissement assez marqué.

L'entrée dans le bassin se fait asynclitiquement, tout comme dans les bassins normaux.

Les deux autres temps de même ne nous présentent guère de particularité.

Nous avons pu relever 14 cas de bassins de cette catégorie, se répartissant ainsi :

TABLEAU DES INTERVENTIONS ET DES RÉSULTATS OBTENUS DANS LES BASSINS RACHITIQUES

		SIÈGE DU RÉTRÉCISSEMENT		DIMENSIONS DU BASSIN P. S. P.		ÉPOQUE ET CAUSE DE L'ACCOUCHEMENT		MODE DE L'ACCOUCHEMENT		RÉSULTATS POUR L'ENFANT		RÉSULTATS POUR LA MÈRE	
Bassins généralement rétrécis	18	B. annelés	14	Moins de 9,5	1	Acc. prem. non prov.	1	Basiotripsie	1	»		Bon	1
				De 9,5 à 11	11	Acc. prem. prov.	2	Normaux	2	Enfants vivants	2	Bons	2
						Acc. prem. non prov.	2	Normaux	2	Enfants vivants	2	Bons	2
						A terme	7	Normaux	3	Enfants vivants	3	Bons	2
												Infectée guérie	1
								Forceps D. S.	1	Né éton. Mort 1/2h apr.	1	Infection guérie	1
								Forceps Exc.	2	Enfant vivant, né étonné	1	Bons	2
										Enfant mort	1		
								Basiotripsie	1	»		Bon	1
				De 11 à 12,5	1	A terme	1	Normal	1	Vivant	1	Bon	1
				A limite	1	Acc. prem. non prov.	1	Extraction manuelle par le siège	1	Enfant mort	1	Infection guérie	1
		B. canaliculés	4	Moins de 9,5	0	»		»		»		»	
				De 9,5 à 11	4	Acc prem. prov.	1	Normal	1	Enfant vivant	1	Bon	1
						Acc. prem. non prov.	1	Version	1	Né étonné, mort le lend.	1	Bon	1
						A terme	2	Normal gémellaire	1	Enfants vivants	2	Bon	1
								Forceps. D. S.	1	Enfant mort	1	Bon	1
				De 11 à 12,5	0	»	»	»	»	»	»	»	»
				A limite	0	»	»	»	»	»	»	»	»
Bassins aplatis	122	B. annelés	107	Moins de 9,5	4	Acc. prem. prov.	2	Extraction par le siège	1	Mort 3 heures après	1	Infection guérie	1
								Forceps D.S.	1	Mort 12 heures après	1	Bon	1
						Acc. prem. non prov.	1	Normal	1	Vivant né étonné	1	Bon	1
						A terme	1	Normal	1	Vivant né étonné	1	Bon	1
				De 9,5 à 11	38	Acc. prem. prov.	9	Normaux	4	Enfants vivants	4	Bons	4
								Forceps D. S.	1	Enfant viv. né étonné	1	Bon	1
								Forceps Exc.	2	Vivant né étonné	1	Bons	2
										Mort	1		
								Versions	1	Vivants nés étonnés	2	Bons	2
						Acc. prem. non prov.	4	Normaux	3	Vivants dont 1 étonné	2	Bons	3
										Mort et macéré	1		
								Version	1	Vivant né étonné	1	Bon	1
						A terme	25	Normaux	11	Viv. dont 1 né étonné	11	Bons	11
								Forceps D. S.	7	Viv. dont 1 né étonné	4	Bons	2
												Infections guéries	2
										Morts	3	Bons	2
												Infection guérie	1
								Forceps Exc.	1	Vivant	1	Bon	1
								Version	1	Vivant né étonné	1	Bon	1
								Symphyséotomie (forceps au D. S.)	1	Vivant né étonné	1	Bon	1
								Basiotripsies	4	»		Bons	3
												Infection guérie	1
				De 11 à 12,5	17	Acc prem. prov.	2	Normaux	2	Enfants vivants	2	Bons	2
						Acc. prem. non prov.	1	Normal	1	Vivant	1	Bon	1
						A terme	14	Normaux	10	Vivants dont 1 né étonné	9	Bons	8
												Infection guérie	1
										Mort	1	Bon	1
								Forceps exc.	4	Vivants nés étonnés	2	Bons	4
										Morts	2		
				A limite	48	Acc. prem. non prov.	7	Normaux	6	Vivants dont 1 né étonné	5	Bons	6
										Mort (siège)	1		
								Forceps exc.	1	Vivant né étonné	1	Infection guérie	1
						A terme	41	Normaux	35	Vivants 5 étonnés	35	Bons	35
								Forceps D. S.	1	Vivant	1	Bon	1
								Forceps Exc.	4	Vivants 1 étonné	4	Bons	4
								Version (forceps sur tête dernière)	1	Mort	1	Bon	1
		B. canaliculés	15	Moins de 9,5	2	Acc. prem. prov.	2	Normal	1	Vivant né étonné	1	Bon	1
								Symphyséotomie (forceps au D. S.)	1	Vivant	1	Infection mort.	1
				De 9,5 à 11	4	Acc. prem. prov.	1	Normal	1	Vivant	1	Bon	1
						Acc. prem. non prov.	1	Version	1	Mort	1	Bon	1
						A terme	2	Normal	1	Vivant	1	Bon	1
								Basiotripsie	1	»		Infection guérie	1
				De 11 à 12,5	4	Acc. prem. prov.	1	Normal	1	Vivant	1	Bon	1
						A terme	3	Normal	1	Vivant	1	Bon	1
								Forceps D S	1	Vivant	1	Bon	1
								Version	1	Vivant né étonné	1	Bon	1
				A limite	5	Acc. prem. non prov.	1	Normal	1	Vivant	1	Bon	1
						A terme	4	Normaux	3	Vivants	3	Bons	3
								Forceps exc.	1	Vivant né étonné	1	Bon	1

1 *cas de bassin à promontoire accessible à limite.* — Il s'agissait d'une présentation du siège en S. I. G. A. accouchant prématurément. On a dû avoir recours à l'extraction manuelle du fœtus pour inertie utérine après avoir pratiqué la dilatation artificielle du col (obs. 34). L'enfant est mort presque de suite. Ce résultat concorde bien avec l'opinion des auteurs classiques qui considèrent la présentation du siège comme très défavorable dans les bassins généralement rétrécis, la tête dernière, fortement fléchie, éprouvant de très grandes difficultés à franchir le détroit supérieur à frottement, et le passage de cette tête dernière nécessairement rapide demandant aux os du crâne une déformation, un modelage trop brusque qui retentit fâcheusement sur l'encéphale. La mère a présenté un peu d'infection.

1 *cas de bassin à promonto-sous-pubien de* 11 *à* 12,5. — L'accouchement en présentation du sommet a eu lieu presque à terme, l'engagement s'est fait à dilatation complète après rupture artificielle des membranes selon le mécanisme normal en droite postérieure. Résultats très bons pour l'enfant et pour la mère.

11 *cas de bassin à P. S. P. de* 9,5 *à* 11. — L'accouchement prématuré a été provoqué deux fois (obs. 25 et 139) et deux femmes ont accouché spontanément avant terme.

Dans un cas, nous avons noté un commencement d'engagement avant tout début de travail. Chez 8 autres femmes, la tête est restée mobile au-dessus du détroit supérieur jusqu'au moment du travail : 3 fois, l'engagement a eu lieu dès les premières contractions ; 5 fois à dilatation complète seulement et après rupture de la poche des eaux. Deux fois enfin il a fallu avoir recours à des interventions pour faire franchir le rétrécissement pelvien à la tête fœtale.

Tableau des engagements spontanés dans les bassins généralement rétrécis de 9,5 à 11

	Présentation	Diamètre du bassin dans lequel se fait l'engagement.	Position et variété de position
Engagements spontanés = 9	Par le sommet = 9	En oblique = 8.	O. gauche antérieure = 3.
			O. droite postérieure = 4.
		En transverse = 1	O. droite = 1.
	Face = 1.	En oblique = 1	Mento gauche antérieure =

Nous avons à faire trois observations :

1° Dans un des trois cas où la tête s'est engagée en gauche antérieure, on l'a vu se mettre en asynclitisme antérieur pour effectuer son entrée dans le bassin : fait assez intéressant, attendu que l'asynclitisme antérieur est rare tout comme dans les bassins normaux. Mais dans ce cas, la femme étant de petite taille, l'utérus se trouvait en antéversion très marquée, par suite, c'était le pariétal antérieur qui se présentait le premier au détroit supérieur.

2° Dans un cas (obs. 35), la tête s'engageant dans un diamètre oblique s'est défléchie complètement d'où présentation de la face en M. G. A. La rotation n'ayant pu s'effectuer seule on dut faire une application de forceps dans l'excavation.

3° Notons l'engagement en transverse, chose rare, dans cette sorte de bassin. Cette anomalie est probablement due à une saillie exagérée du promontoire qui devait empêcher l'utilisation du diamètre oblique. On a dû d'ailleurs terminer l'accouchement par une prise de forceps dans l'excavation.

la tête s'étant immobilisée en droite antérieure après un commencement de rotation.

Nous avons vu que deux fois on dut avoir recours à des interventions pour faire franchir le détroit supérieur à la tête fœtale. Dans un premier cas (obs. 121), après deux tentatives de forceps sans résultat, l'enfant étant mort, on fit une basiotripsie. Dans un deuxième (obs. 132), le forceps amena un enfant mort.

1 *cas de bassin à P. S. P. inférieur à* 9,5. — Après de vaines tentatives de forceps en ville avant la dilatation complète, on amena à la clinique la femme présentant de la tétanisation utérine.

Une basiotripsie sur enfant mort termina cet accouchement.

Nous pouvons résumer ainsi les résultats pour cette catégorie de bassins :

8 accouchements normaux, 8 enfants vivants ;

2 forceps dans l'excavation, 1 enfant vivant, 1 enfant mort ;

1 extraction manuelle dans une présentation du siège, 1 enfant mort ;

3 forceps au détroit supérieur, 1 enfant mort, 2 sans résultat, suivis de basiotripsie.

Il est à noter : 1° que sur les 8 accouchements normaux, 4 ont été prématurés, 2 provoqués, 2 spontanés : et 2° qu'une fois la tête a subi des déformations pendant son passage au détroit supérieur.

2° Bassins généralement rétrécis et canaliculés. — Dans les bassins généralement rétrécis et canaliculés, le mécanisme sera identique à celui que nous avons vu indiqué précédemment : sauf que l'absence de concavité sacrée rendra plus difficile le mouvement d'asynclitisme par lequel la tête effectue habituellement son entrée dans l'excavation.

Nous avons trouvé 4 observations de bassins de cette catégorie. Tous les 4 ont des diamètres promonto-sous-pubiens compris entre 9,5 et 11.

On a provoqué une fois l'accouchement prématuré (obs. 62) : un autre accouchement a eu lieu spontanément à 8 mois environ.

Sur ces 4 accouchements, 2 se sont terminés spontanément. Dans un cas (acc. prém. prov.), la tête s'est engagée en droite postérieure à dilatation complète après rupture des membranes. Le deuxième accouchement normal a été gémellaire (obs. 32). Les deux fœtus se sont engagés successivement en transverse, le premier en gauche, le deuxième en droite, ce qui n'a rien d'étonnant étant donné les faibles dimensions des diamètres de la tête chez ces jumeaux. Le résultat a été bon pour la mère et pour les enfants.

Deux fois on a dû intervenir au détroit supérieur. Une fois avec le forceps sur une tête fortement amorcée en gauche antérieure : l'extraction fut facile, mais l'enfant porteur d'une dépression dans la région frontale mourut d'hémorragie méningée (obs. 33).

Une autre fois (obs. 66), dans un accouchement prématuré spontané, l'inertie utérine étant complète, on dut, après avoir dilaté le col, pratiquer la version. L'enfant né étonné mourut le lendemain.

En somme 2 accouchements spontanés, 3 enfants vivants : 2 interventions au détroit supérieur (1 forceps et 1 version), 2 enfants morts.

B. *Bassins plats rachitiques.*

Les bassins aplatis sont de beaucoup plus nombreux que les bassins généralement rétrécis. En effet, nous n'en comptons pas moins de 122. Sur ces 122, 15 seulement ont leur courbure

sacrée redressée et nous présentent le type du bassin canaliculé.

1° Bassins aplatis annelés. — Nous étudierons chaque groupe à part, le mécanisme de l'accouchement n'étant pas le même pour tous et devenant de plus en plus complexe à mesure que le diamètre promonto-sous-pubien diminue.

Bassins à limite. — L'accouchement se passe le plus souvent comme dans les bassins normaux. Quelquefois on observe des engagements en transverse, mais ils sont relativement peu nombreux. Une seule anomalie mérite d'être notée, la tête ne s'engage que rarement dans les derniers temps de la grossesse et reste mobile au-dessus du détroit supérieur jusqu'au moment du travail.

Sur 48 parturientes ayant eu des bassins légèrement rétrécis, 7 ont accouché spontanément avant terme, 41 à terme, 46 ont eu des présentations du sommet et 2 des présentations du siège.

Dans les deux présentations du siège et dans 44 présentations du sommet, l'engagement a été spontané. Nous indiquons dans le tableau ci-après la manière dont il s'est effectué.

Tableau

	Présentation	Diamètre du bassin dans lequel se fait l'engagement	Position et variété de position
Engagements Spontanés = 46	Sommet = 44	Oblique = 36	O. Gauche anterieure = 24
			O. Gauche postérieure = 2
			O. Droite postérieure = 10
		Transverse = 7	O. Gauche = 3
			O. Droite = 4
		Douteux = 1	
		Oblique = 1	S. Droite posterieure = 1
	Siège = 2	Transverse = 1	S. Droite = 1

Dans le cas que nous indiquons comme douteux, il nous a paru que le mécanisme de l'accouchement avait présenté quelques particularités. Nous reviendrons plus loin sur cette observation (obs. 147) en la rapprochant d'autres semblables.

L'engagement s'est fait presque toujours dès le début du travail. Dans 5 cas cependant, il n'a eu lieu qu'à dilatation complète ou presque complète et après rupture de la poche des eaux. 5 fois la tête descendue dans l'excavation n'a plus progressé, et l'on a été obligé de terminer par une application de forceps.

Tous les enfants venus par le sommet sont nés vivants, 7 seulement un peu étonnés, dont un présentant un enfoncement du pariétal. Des 2 présentations du siège l'une a donné un enfant vivant, l'autre un enfant mort.

Dans 2 cas, la tête venant première n'a pu franchir le détroit supérieur par le seul effort des contractions utérines.

Une fois (obs. 64), après avoir terminé la dilatation avec l'écarteur à trois branches de Tarnier et tenté deux applications de forceps sans résultat sur une tête mobile en droite postérieure, on fit une version par manœuvres internes et on termina par une application de forceps sur la tête dernière, dans l'excavation.

Cette tête était très ossifiée, l'enfant mourut le lendemain.

Dans le second cas (obs. 75), la tête restant mobile en gauche transverse à dilatation complète et après rupture de la poche des eaux, on eut recours au forceps qui amena un enfant vivant parfaitement constitué.

En résumé :

16 accouchements spontanés, 15 enfants vivants, 1 mort, né par le siège. 2 forceps au détroit supérieur, 1 enfant vivant, 1 sans résultat suivi d'une version qui amène un enfant vivant mort le lendemain.

Bassins de 11 *à* 12,5. — Dans les bassins de cette catégorie, l'accouchement ne présente guère de particularités. Tout se passe comme dans les bassins précédents, sauf que les engagements en transverse sont proportionnellement un peu plus nombreux : 17 pour cent au lieu de 15 pour cent dans notre statistique.

17 bassins présentent des diamètres promonto-sous-pubiens oscillant entre 11 et 12,5. 2 fois l'accouchement a été provoqué artificiellement aux environs du terme et 1 femme est entrée spontanément en travail avant la fin du neuvième mois.

Dans les 17 bassins, la tête s'est engagée sans intervention de la manière indiquée dans le tableau ci-dessous.

	Présentation	Diamètre du bassin dans lequel se fait l'engagement.	Position et variété de position
Engagements spontanés = 17	Sommet = 17	Oblique = 14	O. gauche antérieure = 10
			O. droite postérieure = 4
		Transverse = 3	O. gauche = 1
			O. droite = 2

La descente de la tête s'est effectuée dans 12 cas dès le début du travail, et dans les 5 autres à dilatation complète, après rupture de la poche des eaux.

Enfin on s'est vu obligé de recourir au forceps chez quatre femmes pour extraire le fœtus qui, une fois la tête dans l'excavation, ne progressait plus par suite d'inertie utérine.

Sur ces 17 accouchements, nous avons eu 14 enfants vivants, 3 ont succombé pendant la période d'expulsion.

Bassins de 9,5 *à* 11. — Ici, l'engagement en transverse deviendrait la règle d'après les classiques. Comme dans ce cas, le diamètre bipariétal de la tête fœtale, qui mesure de 9 centimètres à 9,5 d'après les classiques se trouve trop grand pour passer dans le diamètre promonto-pubien minimum, la tête, au lieu de se fléchir comme dans l'accouchement normal, exécute un léger mouvement de déflexion. Ceci a pour résultat d'amener dans l'espace compris entre le pubis et l'angle sacro-vertébral le diamètre bitemporal ou un diamètre voisin, qui est inférieur de un centimètre environ au bipariétal.

L'entrée dans l'excavation peut se faire synclitiquement, mais c'est loin d'être la règle. En général, la tête se présente au détroit supérieur par son pariétal postérieur, et nous as-

sistons à un engagement en asynclitisme postérieur, analogue à celui décrit pour l'accouchement normal.

Dans l'excavation la tête continue à descendre en transverse. Parfois, elle se met en oblique. L'expulsion n'offre aucune particularité, elle est même facilitée, le détroit inférieur étant légèrement agrandi dans les bassins rachitiques.

Sur 38 cas, on a provoqué 9 fois l'accouchement prématuré, et 4 femmes sont entrées spontanément en travail avant terme.

Nous avons eu 21 engagements spontanés, se répartissant comme l'indique le tableau ci-dessous.

	Présentation	Diamètre du bassin dans lequel se fait l'engagement.	Position et variété de position
Engagements spontanés = 21	Sommet = 19	Transverse = 8	O. Gauche = 5
			O. Droite = 3
		Oblique = 7	O. Gauche antérieure = 4
			O. Gauche postérieure = 1
			O. Droite postérieure = 2
		Mécanisme spécial transverse, puis oblique = 4	O. Gauche = 3
			O. Droite = 1
	Face = 1	Oblique = 1	Face en mento dr. post. = 1
	Siège = 1	Transverse = 1	S. Droite = 1

Attirons l'attention sur trois points un peu spéciaux :

1° Dans une présentation du sommet, nous avons vu la tête se défléchir petit à petit et aboutir secondairement à une présentation de la face. L'évolution a été normale et l'expulsion spontanée en mento-pubienne.

2° Dans les 8 cas où nous trouvons indiqué l'engagement en oblique, la tête a franchi le détroit supérieur sur lequel elle reposait en oblique dès les premières contractions utérines. Il est fort possible que la tête se soit engagée en transverse, puis mise en oblique une fois dans l'excavation pendant le temps compris entre deux touchers ou avant tout toucher, et que, par conséquent, cette succession de faits ait échappé à l'observateur.

3° Peut-être aussi faut-il rapprocher certains de ces cas des quatre (obs. 13, 16, 55, 104) sur lesquels nous attirons l'attention, en y ajoutant un cinquième cas (obs. 147, bassin à limite). Nous avons, en effet, trouvé un mécanisme qui nous semble un peu spécial.

Dans ces cinq bassins, nous avons remarqué que la tête étant en transverse et en asynclitisme postérieur, avait d'abord logé sa bosse pariétale postérieure dans la concavité sacrée, puis s'était orientée en oblique et avait achevé son entrée dans le petit bassin dans cette position. Ainsi donc, ce n'est pas une fois dans l'excavation que s'est faite la mise en oblique, comme l'admettent les classiques, elle s'est effectuée au niveau du plan passant par la crête du pubis et des lignes innominées, c'est-à-dire en dessous du promontoire. A ce moment-là, le promontoire est franchi, le diamètre le plus grand redevient un des diamètres obliques et la tête y adapte son grand diamètre pour faciliter son engagement. D'autant plus qu'en général le diamètre bipariétal, quoique, dans notre région, il soit rarement supérieur à 9 centimètres, se trouve à l'étroit dans le diamètre antéro-postérieur du bassin et aura avantage à se mettre dans un oblique.

Notons encore que 10 fois l'engagement a eu lieu dès le début du travail, 11 fois à dilatation complète après rupture de la poche des eaux. Dans un de ces cas, au moment de la rupture, il s'est produit une procidence du bras et du cordon.

On réduisit et la tête, ultérieurement, s'engagea spontanément.

Trois fois, on fut obligé de terminer l'accouchement par une application de forceps dans l'excavation.

Enfin, sur ces 21 accouchements, on a eu à déplorer la mort d'un seul enfant, un autre étant né mort et macéré par suite de syphilis maternelle.

On dut recourir 17 fois à des interventions pour faire franchir le détroit supérieur à la tête fœtale.

La version a été employée dans quatre circonstances, et chaque fois avec succès.

On a fait 8 applications de forceps au détroit supérieur. On a extrait ainsi 5 enfants vivants et trois morts, dont un avait déjà succombé au moment de l'entrée de la femme à la clinique.

On a eu recours une fois à la symphyséotomie, suivie d'un forceps au détroit supérieur (obs. 119); le résultat a été bon.

Dans quatre cas, on a dû, après des tentatives vaines de forceps, faire usage du basiotribe.

En résumé :

21 accouchements normaux : 10 enfants vivants, 2 enfants morts, dont un par syphilis ;

4 versions : 4 enfants vivants ;

12 forceps au détroit supérieur : 5 enfants vivants, 3 morts, 4 sans résultats suivis de basiotripsie ;

1 symphyséotomie : enfant vivant.

Bassins de 9,5. — L'accouchement spontané est presque toujours impossible à terme. Quand il a lieu, le mécanisme est le même que pour les bassins de 9,5 à 11.

Sur 4 cas que nous relevons, 3 fois l'accouchement a été prématuré, dont deux provoqués.

2 accouchements se sont terminés spontanément. L'un, par

le siège, s'est engagé en droite transverse, l'autre, par le sommet, franchit le détroit supérieur en O. I. G. A. et en asynclitisme antérieur très marqué (la femme avait de l'antéversion utérine). Le pariétal postérieur, en passant devant le promontoire, s'était laissé déprimer et présentait une gouttière très marquée. L'enfant eut quelques convulsions les premiers jours.

Il est à noter que cette femme, qui, précédemment, avait subi une symphyséotomie, avait un relâchement de la symphyse, qui, probablement, ne fut pas étranger à l'heureuse issue de l'accouchement.

Dans deux cas, on fut forcé d'intervenir au détroit supérieur. Dans l'un, présentation du siège, on eut recours aux manœuvres de Champetier de Ribes et de Mauriceau : l'enfant mourut trois heures après son extraction. Dans l'autre, on fit une application de forceps : mort de l'enfant 12 heures après.

En somme :

2 accouchements normaux : 2 enfants vivants :

2 interventions au détroit supérieur (une version et un forceps) : 2 enfants morts.

2° Bassins aplatis et canaliculés.— Dans ces bassins, le mécanisme est presque le même que dans les bassins aplatis et non canaliculés. Le passage au détroit supérieur se fait également en attitude légèrement défléchie, mais l'absence de concavité sacrée gêne souvent la tête dans son mouvement d'asynclitisme. En outre, pendant le temps de descente, la tête tarde davantage à se fléchir. De là un retard dans la rotation et par conséquent l'accouchement se trouve allongé d'autant.

Nous avons recueilli 15 observations de bassins aplatis et canaliculés.

Bassins à limite. — Nous trouvons 5 bassins de cette catégorie. Le travail s'est déclaré avant terme dans un cas. L'engagement a toujours été spontané et s'est effectué en oblique, trois fois en gauche antérieure, deux fois en droite postérieure. On a été obligé de faire une application de forceps dans l'excavation pour inertie utérine.

Les cinq enfants ont vécu, un seul est né étonné.

Bassins de 11 *à* 12,5. — Ils sont au nombre de 4. L'accouchement prématuré a été provoqué une fois. Dans 2 cas, la tête est descendue spontanément dans l'excavation en oblique (O. I. D. P.), à dilatation complète et après rupture de la poche des eaux. Le résultat a été bon pour les deux enfants.

On a fait une version par manœuvres internes qui a donné un enfant vivant né un peu étonné.

Le forceps a été appliqué 1 fois au détroit supérieur, l'enfant a été extrait en très bon état.

Par conséquent, 2 accouchements normaux, 2 enfants vivants, 2 interventions au détroit supérieur (1 version, 1 forceps), 2 enfants vivants.

Bassins de 9,5 *à* 11. — Nous en avons noté quatre. Dans deux cas, l'accouchement a été prématuré, une fois spontané, une fois provoqué.

Le détroit supérieur a été franchi par la seule force des contractions utérines dans deux cas. L'engagement a eu lieu à dilatation complète après rupture de la poche des eaux, une fois en gauche antérieure, l'autre fois en gauche transverse. Les deux enfants ont vécu.

Deux fois on dut intervenir au détroit supérieur.

La version dans un cas a permis d'extraire un enfant qui a succombé après quelques inspirations. Dans l'autre cas, après deux tentatives de forceps, on dut broyer la tête fœtale.

En somme, 2 accouchements normaux, 1 en oblique, 1 en transverse, 2 enfants vivants.

2 interventions au détroit supérieur. 2 enfants morts.

Bassins de moins de 9,5. — Nous en avons observé 2 cas dans lesquels on a provoqué l'accouchement avant terme.

L'expulsion a été spontanée 1 fois : la tête s'est engagée en oblique, en gauche antérieure. Enfant vivant.

Dans le deuxième cas, la tête restant mobile au détroit supérieur, on eut recours à la symphyséotomie. Le résultat heureux pour l'enfant, fut mauvais pour la mère qui succomba à l'infection.

C. *Des bassins rachitiques à type anormal.*

Nous avons à signaler 2 cas de bassins rachitiques généralement petits et en outre rétrécis d'une façon anormale au détroit moyen par saillie des épines sciatiques (obs. 106 et 108).

Dans les 2 cas le promontoire était accessible à limite et les épines sciatiques très saillantes. Un des deux présentait en outre plusieurs faux promontoires sacrés.

Dans un cas la tête s'est engagée en O. I. G. P., a effectué sa rotation, puis est restée fixée au niveau des épines sciatiques. On dut avoir recours au forceps.

Dans le deuxième cas, l'accouchement s'est déclaré avant terme et a évolué normalement. Engagement de la tête en O. I. G. A.

Les deux enfants vécurent.

CHAPITRE III

DES INTERVENTIONS DANS LES BASSINS RACHITIQUES

En étudiant le mécanisme de l'accouchement dans les diverses catégories de bassins, nous n'avons fait que signaler les interventions auxquelles on avait eu recours. Nous allons étudier chacune de ces opérations en détail et voir les résultats qu'elles ont donnés.

Nous nous occuperons successivement :

1° De l'accouchement prématuré provoqué ;

2° De la version ;

3° Du forceps et de la basiotripsie qui en a été parfois le complément ;

4° De la symphyséotomie ;

5° Du forceps dans l'excavation.

Nous ne ferons qu'indiquer rapidement les procédés employés et nous étudierons surtout les résultats.

I. Accouchement prématuré provoqué

Nous réunisons les résultats obtenus par cette opération dans le tableau suivant :

		Forme du rétrécissement		Siège du rétrécissement		Dimensions du bassin		Mode de l'accouchement		Résultats pour l'enfant		Résultats pour la mère	
Accouchem. prématurés provoqués	20	Bassins généralement rétrécis	3	Annelés	2	9,5 à 11	2	Normaux	2	Vivants	2	Bons	2
				Canaliculé	1	9,5 à 11	1	Normal	1	Vivant	1	Bon	1
		Bassins aplatis	17	Annelés	13	Moins de 9,5	2	Siège extraction manuelle	1	Mort	1	Infection guérie	1
								Forceps D. S.	1	Mort	1	Bon	1
						De 9,5 à 11	9	Normaux	6	Vivants, dont 1 né étonné	6	Bons	6
								Forceps D. S.	1	Vivant	1	Bon	1
								Forceps exc.	1	Mort 40 jours après	1	Bon	1
								Version	1	Vivant	1	Bon	1
						De 11 à 12.5	2	Normaux	2	Vivants	2	Bon	1
				Canalicules	4	Moins de 9,5	2	Normal	1	Vivant	1	Bon	1
								Symphyséotomie	1	Vivant	1	Infection Mort	1
						De 9,5 à 11	1	Normal	1	Vivant	1	Bon	1
						De 11 à 12,5	1	Normal	1	Vivant	1	Bon	1

Bassins généralement rétrécis. — Dans les bassins généralement rétrécis, nous trouvons 3 cas d'accouchements prématurés provoqués.

Les 3 observations se rapportent à des bassins ayant leur diamètre promonto-sous-pubien mesurant de 9,5 à 11 centimètres. Un des trois était canaliculé.

On a interrompu les trois grossesses à 8 mois et demi. La sonde de Krause a été employée chaque fois et a suffi pour éveiller des contractions utérines qui ont déterminé l'accouchement. Les résultats ont été excellents pour les mères et pour les enfants.

Bassins aplatis. — Sur les 17 cas que nous avons recueillis, 13 se rapportent à des bassins modifiés surtout au détroit supérieur, 4 nous présentent le type canaliculé.

Sur les 13 bassins aplatis surtout au détroit supérieur, 2 avaient moins de 9,5 de promonto-sous-pubien. Dans un cas (obs. 47), la grossesse étant à 8 mois et demi, après avoir provoqué les contractions avec la sonde de Krause, on a vu survenir de l'inertie utérine et on dut avoir recours pour terminer la dilatation, au ballon de Champetier de Ribes, puis au dilatateur de Tarnier. Enfin, on fut forcé d'extraire avec la main le fœtus qui venait par le siège. L'enfant succomba au bout de trois heures ; quant à la mère, elle présenta de l'infection utérine.

Dans le deuxième cas (obs. 91), l'accouchement fut provoqué à 7 mois et demi au moyen du ballon de Champetier de Ribes. Au moment où la tête commençait à s'engager à dilatation presque complète, on vit survenir de l'inertie utérine. On acheva de dilater le col au moyen de l'écarteur à trois branches de Tarnier, puis on eut recours au forceps et on amena un enfant qui succomba douze heures après.

Nous trouvons 9 accouchements prématurés provoqués vers le milieu du huitième mois dans les bassins de 9,5 à 11. Les 9 fois on a utilisé la sonde de Krause. Dans 7 cas l'engagement s'est effectué tout seul et l'expulsion a été spontanée ; 6 donnant des enfants vivants, dont 1 né étonné.

Une fois on a été forcé d'avoir recours au forceps, la tête restant immobilisée dans l'excavation par suite d'inertie utérine : l'enfant né étonné pesant 1.800 grammes, succomba au bout de quarante jours sans avoir pu prendre le sein.

Il y a eu deux interventions au détroit supérieur. Une application de forceps qui a donné un enfant vivant et une version également couronnée de succès.

Dans les bassins de 11 à 12,5, deux fois on a provoqué l'accouchement aux environs du terme, au moyen de sondes de Krause. Tout s'est passé normalement et l'on a obtenu deux enfants vivants.

Des 4 bassins aplatis et canaliculés, 2 avaient leur promonto-sous-pubien inférieur à 9,5. Dans un premier cas, après avoir, au huitième mois, éveillé les contractions utérines au moyen de la sonde de Krause, on dut se servir du ballon de Barnes, puis de celui de Champetier de Ribes pour achever la dilatation. Sous l'influence de ces manœuvres, les contractions utérines se réveillèrent et amenèrent l'expulsion d'un fœtus qui, chétif et né en état de mort apparente, revint et s'éleva en couveuse parfaitement bien.

Dans le second cas, l'accouchement, quoique provoqué à huit mois au moyen de la sonde de Krause, ne put s'effectuer seul, le promonto-sous-pubien étant de huit centimètres. On fit une symphyséotomie qui donna un enfant vivant : mais la mère succomba au neuvième jour d'infection.

Les 2 autres bassins mesuraient, l'un entre 9,5 et 11, l'autre entre 11 et 12,5. La sonde de Krause provoqua des accouchements absolument normaux. Les résultats furent excellents.

Ainsi donc, sur 20 accouchements prématurés provoqués, 5 fois on dut intervenir au détroit supérieur pour faire passer la tête, avec 2 morts d'enfants et un décès maternel. Nous avons en outre à enregistrer le cas d'un troisième enfant qui succomba 40 jours après l'accouchement par faiblesse congénitale.

Tableau

II. — Versions et extractions manuelles par le siège

Tableau donnant les résultats de cette opération

	Forme du rétrécissement	Siège du rétrécissement	Dimensions du bassin	Résultats pour l'enfant	Résultats pour la mère
Versions dans bassins = 10 rachitiques	Bassins généralement rétrécis = 2	Annelé = 1	P. accessible à limite = 1	Mort = 1	Infection guérie = 1
		Canaliculé = 1	De 9,5 à 11 = 1	Mort le lendemain = 1	Bon = 1
	Bassins aplatis = 8	Annelés = 6	Moins de 9,5 = 1	Mort 3 heures après = 1	Infection guérie = 1
			De 9,5 à 11 = 4	Vivants nés étonnés = 4	Bons = 4
			11 à 12,5 = 0	»	»
			P. accessible à limite = 1	Mort = 1	Bon = 1
		Canaliculés = 2	Moins de 9,5 = 0	»	»
			De 9,5 à 11 = 1	Mort = 1	Bon = 1
			De 11 à 12,5 = 1	Vivant né étonné = 1	Bon = 1
			P. accessible à limite = 0	»	»

Ainsi donc dans les bassins généralement rétrécis, la version, quelles que soient les dimensions du diamètre promonto-sous-pubien, donne de mauvais résultats : 2 cas, 2 enfants morts.

Dans les bassins aplatis, surtout au détroit supérieur, nous trouvons d'abord une extraction manuelle du fœtus venant par le siège. Nous avions affaire à un bassin ayant moins de 9,5, comme promonto-sous-pubien : aussi quoique l'accouchement ait été provoqué prématurément, nous avons eu à enregistrer le décès de l'enfant.

Dans les bassins de 9,5 à 11, nous notons 4 cas de version. Sur les observations, une se rapporte à un accouchement prématuré provoqué. Les 4 interventions ont été couronnées de succès.

Dans les bassins à promontoire accessible à limite, mais non mesurable, on a pratiqué 1 fois la version après plusieurs tentatives de forceps. On eut de la peine à extraire la tête dernière et on dut avoir recours au forceps pour lui faire franchir le col qui revenait sur lui-même. Aussi n'est-il pas étonnant que l'enfant, né en état syncopal, ait succombé le lendemain.

Dans les bassins canaliculés, nous trouvons deux observations. Une ayant trait à un bassin ayant juste 9,5 de promonto-sous-pubien : aussi est-il assez naturel que le fœtus ait succombé pendant l'extraction par suite d'un enfoncement du pariétal gauche.

La deuxième se rapporte à un bassin de 11 à 12,5 : la version fut couronnée de succès et l'enfant, quoique né étonné, survécut fort bien.

En somme, bassins généralement rétrécis, 2 cas, 2 fœtus morts ;

Bassins aplatis, 8 cas, 5 succès, 3 morts d'enfants.

III. — Forceps au détroit supérieur

Tableau des résultats

	Forme du rétrécissem.	Siège du rétrécissement	Dimensions du bassin	Variété de position de la tête	Prise du forceps	Résultats pour l'enfant	Résultats pour la mère
Forceps au D. S. dans les bassins rachitiques = 23	Bassins généralement rétrécis = 4	Annelés = 3.	moins de 9,5 = 1	transverse = 1	»	s. résult. Basiotripsie = 1	Bon = 1
			de 9,5 à 11 = 2	transverse = 2	prise obliq. = 1	mort = 1	infection guérie = 1
					»	s. résult. Basiotripsie = 1	bon = 1
		Canaliculé = 1	9,5 à 11 = 1	oblique = 1	régulière pour la tête = 1	mort = 1	bon = 1
	Bassins aplatis = 19	Annelés = 16	moins de 9,5 = 1	oblique = 1	régulière pour la tête = 1	mort = 1	bon = 1
			de 9,5 à 11 = 13	obliques = 3	régulière pour la tête = 3	vivants = 2	bons = 2
						mort = 1	infection guérie = 1
				transver. = 10	régul. pour la tête = 2 antéro-postér. pour le bassin	morts = 2	infections guéries = 2
					obliques = 4	vivants nés étonnés = 4	bonnes = 3
							infection guérie = 1
					»	s. résult. Basiotripsie = 4	bons = 3
							infection guérie = 1
			à limite non mesurable = 2	transverse = 2	»	sans résultat Version — 1	»
					oblique = 1	vivant = 1	bon = 1
		Canaliculés = 3	moins de 9,5 = 1	transverse = 1	oblique = 1	vivant = 1	infection mort = 1
			de 9,5 à 11 = 1	transverse = 1	»	s. résult. basiotripsie = 1	infection guérie = 1
			de 11 à 12,5 = 1	transverse = 1	régul. peur la tête, antéro-postérieure pour le bassin = 1	vivant = 1	bon = 1

Dans les bassins généralement rétrécis, sur 4 fois où on tenta le forceps, 2 fois il resta sans résultat et on dut recourir au basiotribe ; 2 fois, il amena des enfants morts.

Si nous passons aux bassins aplatis surtout au détroit supérieur, nous verrons que, dans un bassin de moins de 9,5, une prise régulière sur une tête en oblique donne un enfant mort.

Dans les bassins de 9,5 à 11, trois fois la tête en oblique fut prise régulièrement, 2 enfants furent amenés vivants, 1 mort.

Sur 10 têtes venant en transverse, 4 fois le forceps appliqué de toutes façons ne donna aucun résultat et on dut avoir recours au basiotribe, 2 prises régulières quant à la tête, antéro-postérieures quant au bassin, permirent d'extraire le fœtus, mais celui-ci avait succombé. Dans 4 cas enfin, on fit une application oblique quant à la tête et quant au bassin : chaque fois l'enfant, né un peu étonné, vécut fort bien.

Dans les bassins à promontoire accessible à limite, nous ne trouvons qu'une seule observation de présentation du sommet en transverse dans laquelle on ait appliqué le forceps au détroit supérieur. La prise fut oblique et on retira un enfant vivant.

Les bassins aplatis et canaliculés ont trois fois rendu nécessaire l'emploi du forceps au-dessus du détroit supérieur.

Dans un bassin de moins de 9,5, où la tête était en transverse, on fit, après symphyséotomie, une application oblique : l'enfant fut amené vivant, mais la mère succomba à l'infection.

Chez une femme ayant son diamètre promonto-sous-pubien compris entre 9,5 et 11, les diverses applications de forceps sur une tête en transverse ne donnèrent aucun résultat et on dut broyer la tête fœtale.

Nous trouvons un succès de la prise régulière quant à la tête, mais antéro-postérieure quant au bassin, dans la catégorie allant de 11 à 12,5. L'enfant naquit vivant.

Tableau comparatif des résultats de ces trois opérations

Forme du rétrécissement	Siège du rétrécissement	Dimensions du bassin	Acc. prem. prov. Enfants		Version Enfants		Forceps Enfants	
			Vivants	Morts	Vivants	Morts	Vivants	Morts
Bassins généralement rétrécis	Annelé	moins de 9,5						1
		de 9,5 à 11	2					2
		de 11 à 12,5						
		P. acc. à limite				1		
	Canaliculé	moins de 9,5						
		de 9,5 à 11	1			1		1
		de 11 à 12,5						
Bassins aplatis	Annelé	moins de 9,5		2		1		1
		de 9,5 à 11	8	1	4		6	7
		de 11 à 12,5	2					
		P. acc. à limite				1	1	
	Canaliculé	moins de 9,5	2 S.				1 (S.	
		de 9,5 à 11	1			1		1
		de 11 à 12,5	1		1		1	
		P. acc. à limite						
		Totaux.	17	3	5	5	9	13

Ainsi donc, l'accouchement prématuré provoqué nous donne 85 pour cent de succès, la version 50 pour cent et le forceps 40,9 pour cent, en prenant les viciations pelviennes rachitiques dans leur ensemble, et sans tenir compte des différences de forme et de dimension des rétrécissements.

IV. Symphyséotomie.

Nous avons à enregistrer deux symphyséotomies pour bassins rachitiques.

La première a été pratiquée chez une femme ayant un bassin aplati et canaliculé à promonto-sous-pubien de 8 centimètres. On provoqua l'accouchement à 8 mois, mais la tète restant au détroit supérieur en gauche transverse, on fit une symphyséotomie suivie d'un forceps au détroit supérieur, prise oblique. L'enfant amené vivant s'éleva très bien. La mère succomba le neuvième jour à l'infection utérine.

La seconde observation rapporte le cas d'une femme ayant un bassin à promonto-sous-pubien égal à 10,3. A dilatation complète, la tête restant d'abord en O. I. G. T., puis en O.I.G.A., mais, au-dessus du détroit supérieur, on eut recours à la symphyséotomie, suivie d'une application de forceps directe sur une tête en O. I. G. A. L'enfant, né étonné, se ranima très bien et quitta le service en bon état. La mère nous présenta une hémorragie qui nécessita la délivrance artificielle. Les suites des couches furent excellentes.

Ainsi donc, sur 2 cas de symphyséotomie nous avons 2 succès au point de vue de l'enfant mais nous avons un décès maternel. Nous ne croyons pas cependant qu'on puisse tirer une conclusion défavorable à cette intervention, nos observations n'étant pas assez nombreuses pour nous permettre de juger de sa valeur.

V. Forceps dans l'excavation

Nous joignons ici, pour terminer, un tableau des prises de forceps dans l'excavation.

	Prise de la Tête	Résultats
Applications de forceps en-dessous du D. S. = 16	OGP = 1	Vivant
	ODP = 3	2 vivants nés étonnés
		1 ranimé mort le lendemain
	ODT = 1	Hydrocéphale mort le lendemain
	OGA = 5	2 vivants
		2 nés étonnés vite ranimés
		1 ranimé après 3/4 d'heure d'efforts paralysie du deltoïde
	ODA = 2	2 nés étonnés vite ranimés
	OP = 3	1 bon
		1 né étonné vite ranimé
		1 ranimé, meurt 10e jour
	MGA = 1	1 mort

CHAPITRE IV

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

Nous voulons signaler quelques faits qui nous ont paru intéressants, se rapportant plus ou moins directement à notre sujet.

D'abord la fréquence assez considérable des accouchements prématurés spontanés dans les bassins rachitiques, signalée autrefois par Velpeau, et que les classiques n'admettent pas. Nous n'en trouvons pas moins, en effet, de 20 sur 142 cas, ce qui nous donne une moyenne de 14,2 pour cent ou environ 1/7. A quelles causes est due cette particularité ? Elles sont probablement multiples. D'abord, nous trouvons signalés dans plusieurs cas des placenta prœvia ; pour ces cas nous connaissons la cause du début prématuré du travail. Mais dans les autres, nous faut-il admettre que les conditions, dans lesquelles se trouve le fœtus qui ne peut user de l'excavation pelvienne pour se mettre à l'aise, troublent la marche normale de la grossesse et amènent prématurément la fin de la gestation ? Dans le doute où nous sommes sur les causes déterminantes de l'accouchement, il nous est difficile de trouver l'explication de ce fait. Mais n'oublions pas que notre statistique est faite sur des femmes appartenant à une clinique, c'est-à-dire chez lesquelles le toucher vaginal est pratiqué assez fré-

quemment, ce qui pourrait ne pas être tout à fait étranger à cette fréquence des accouchements prématurés spontanés.

Une autre question intéressante est celle de la mortalité et de la morbidité maternelles dans les bassins rachitiques. Nous trouvons 19 cas d'infection utérine sur 142 accouchements. Sur ces 19 femmes, une a succombé ; parmi les autres, 3 ont été sérieusement atteintes et ont eu des températures dépassant 40°. Si nous prenons les moyennes nous verrons qu'elles sont à peu près normales et plutôt faibles comme mortalité : nous trouvons, en effet, comme mortalité, 0.7 pour cent, comme morbidité 13.3 pour cent. Relativement, le chiffre de la morbidité serait un peu fort. Si nous faisons la distinction entre les cas où l'accouchement a été spontané et les cas où il y a eu intervention, nous remarquerons que sur 80 accouchements spontanés, il n'y a eu que 5 cas d'infection et pas de mort, soit comme moyenne de la morbidité 6.25 pour cent. Dans les 62 cas où il y a eu des interventions, nous rencontrons 14 fois l'infection et 1 décès, soit 22.6 pour cent de morbidité et 1,6 pour cent de mortalité. Ces chiffres-là sont un peu supérieurs aux moyennes habituelles des cliniques comme morbidité, mais comme mortalité, au contraire, la moyenne est plutôt faible.

Si nous passons au fœtus, nous verrons que sur 142 accouchements, il a succombé 25 fois, les opérations fœticides étant comprises, ce qui donne 17,5 pour cent de moyenne. Sur ce nombre, 21 fois la mort est survenue pendant ou après des interventions, soit une moyenne de 33.8 pour cent, les opérations étant au nombre de 62 dans les bassins rachitiques. Sur les 80 accouchements spontanés, 4 fois seulement le fœtus est mort : ce qui donne comme moyenne 5 pour cent, résultat excellent.

Dans 2 cas nous avons trouvé signalée de l'éclampsie. Rappelons simplement pour mémoire l'opinion de P. Dubois, qui

voyait dans les malformations du bassin une des causes de cette affection, opinion dont les données nouvelles sur la pathogénie de l'éclampsie ont prouvé la fausseté.

Nous signalerons enfin l'observation d'une femme qui est venue 2 fois accoucher à la clinique. La première fois à 15 ans (obs. 109) : on mesura le promonto-sous-pubien qui était égal à 11 centimètres ; le promontoire était facilement accessible et on sentait en outre toute la face antérieure du sacrum. La même femme revient un an après, à 16 ans (obs. 129). Ce n'est qu'à grand'peine qu'on atteint le promontoire ; quant au sacrum, il présentait une concavité normale. En somme, le bassin était à peu près un bassin d'adulte bien constitué. Cette observation rare, car il est peu fréquent d'examiner à cet âge-là une femme au point de vue obstétrical, confirme une chose bien connue, la transformation considérable que subit le bassin au moment de la puberté.

DEUXIÈME PARTIE

BASSINS A TYPE NON RACHITIQUE

Nous avons indiqué au début de ce travail que sur 16 femmes n'ayant pas des bassins à type rachitique, 5 cependant devaient leur viciation pelvienne à cette cause. Parfois même, leurs bassins présentaient les caractères principaux des bassins rachitiques; c'est le cas qui avait lieu pour 4 de ces femmes atteintes de déviations scoliotiques de la colonne vertébrale. Elles avaient leur bassin rétréci au détroit supérieur avec surajoutée une déviation de la symphyse pubienne, et, dans un cas, une rotation très marquée des vertèbres lombaires, de sorte que le promontoire regardait un des côtés du bassin. Mais ce ne sont là que des choses accessoires pour le mécanisme de l'accouchement, et le fait principal est le rétrécissement antéro-postérieur. Aussi nous nous sommes déjà occupés de ces cas en étudiant les bassins rachitiques, et nous n'y reviendrons pas.

Pour simplifier autant que possible l'étude des 12 bassins qui restent, nous les groupons selon le tableau suivant :

	Siège du rétrécissement	Cause du rétrécissement	Forme du rétrécissement
Bassins à type non rachitique = 12	Au détroit supérieur = 7	Double luxation congénitale = 1	mod.au D S. = 1
		Luxation congénitale simple = 2	A type oblique ovalaire = 6
		Coxalgie = 1	
		Pied Bot = 1	
		Atrophie d'un côté = 2	
	Sur toute la hauteur = 2	Bassin juxto-minor = 1	Généralement trop petit = 2
		Bassin de naine = 1	
	Au détroit inf. = 2	Bassin cyphotique = 3	En entonnoir = 3

I. Bassin a double luxation. — Le bassin à double luxation congénitale de la hanche ne présente pas en général de grandes modifications. C'est un bassin presque symétrique, légèrement atrophié, toujours un peu plus d'un côté que de l'autre. Rétréci d'après les uns dans son diamètre antéro-postérieur le détroit supérieur serait, d'après d'autres auteurs, diminué selon le diamètre transverse.

En tout cas, ce qui est le plus intéressant pour le praticien, c'est que l'accouchement est normal dans presque tous les cas, et même parfois précipité à cause de la faible hauteur de l'excavation et de l'évasement du détroit inférieur. Les seuls troubles que l'on peut voir survenir proviennent de la forte antéversion du bassin.

Dans l'observation que nous avons recueillie, l'accouchement a été absolument normal. La tête s'est engagée en gauche antérieure. L'enfant très robuste est né en excellent état.

II. Bassins obliques ovalaires. — Nous joignons dans un même paragraphe tous les bassins présentant le type oblique ovalaire. Quelle que soit, en effet, la cause qui a produit la déformation, le mécanisme de l'accouchement sera identique dans tous ces bassins.

D'après les classiques, l'engagement de la tête se ferait dans le grand axe du bassin, c'est-à-dire dans un des diamètres obliques. D'après Fochier, de Lyon, tout autre serait le mécanisme. Il prétend en effet que parfois une partie de ce diamètre est inutilisable par suite du manque d'ampleur du bassin et que la tête s'engage alors dans le petit diamètre ou dans un diamètre quelconque.

Voyons ce qui s'est passé dans les 6 cas que nous avons pu recueillir.

Des 2 luxations congénitales de la hanche unilatérales, l'une siégeait à droite, l'autre à gauche. Dans la luxation droite, le bassin était rendu oblique ovalaire par le redressement du côté gauche et le grand diamètre oblique partait en avant du côté de la luxation. L'engagement se fit, en effet, dans le diamètre oblique droit, en O. I. G. P. Accouchement normal donnant un enfant vivant et bien constitué.

Dans la luxation gauche, l'inverse se produisit, aussi vîmes-nous l'engagement s'effectuer en O. I. G. A., c'est-à-dire dans le diamètre oblique gauche.

Pour le bassin coxalgique il en fut de même : le côté malade, qui était le gauche dans l'observation que nous avons, ne recevait pas de contre-pression fémorale : aussi, quoique atrophié, conserva-t-il une courbure normale tandis que le côté droit fut redressé. Aussi l'engagement se fit-il spontanément, dans le diamètre oblique gauche, en gauche antérieure. Résultats excellents.

Nous avons un cas de bassin vicié par une lésion raccourcissant un des deux membres, par un pied bot droit. A

ce pied bot s'était joint un rachitisme qui, en aplatissant le bassin dans son diamètre antéro-postérieur, avait en outre permis à la claudication de redresser fortement la courbure de la ligne innominée du côté droit. Car dans la claudication par raccourcissement d'un membre, selon l'attitude adoptée par la malade pendant la marche, c'est tantôt le côté indemne, tantôt l'autre qui voit la courbure de sa ligne innominée redressée.

Dans le cas qui nous intéresse, il n'y a pas eu d'engagement spontané. Il s'est déclaré de l'inertie utérine avant la dilatation complète. On a achevé de dilater par la méthode bimanuelle de Bonnaire : puis, on a extrait le fœtus par la version. L'enfant, né étonné et avec une fracutre de bras gauche, a survécu et a quitté vivant la clinique.

Les bassins obliques ovalaires par paralysie infantile sont au nombre de 2. Dans un des deux cas, l'accouchement a été prématuré spontané et la tête s'est engagée en O. I. D. P. dans le diamètre partant en avant du côté sain. Dans le second cas, où la lésion siégeait également à droite, l'engagement a eu lieu en droite transverse. On fut obligé de terminer l'accouchement par une application de forceps dans l'excavation sur une tête en droite antérieure.

En somme, sur 6 accouchements, dans des bassins obliques ovalaires, 5 fois la tête s'est engagée spontanément, 4 fois dans le grand axe du bassin, 1 fois en transverse.

III. Bassins généralement petits. — Les bassins généralement trop petits sont au nombre de deux (obs. 103 et 145). L'un a 10,2 de diamètre promonto-sous-pubien, l'autre 9,5 seulement. Dans les deux cas, on a provoqué l'accouchement prématuré, à 8 mois et demi dans un, à 8 mois dans l'autre. La sonde de Krause a été employée les deux fois pour éveiller

les contractions utérines et déterminer l'entrée en travail. Les 2 accouchements ont évolué normalement et ont donné de bons résultats pour les mères et pour les enfants. Un de ces derniers, cependant, est né étonné et a présenté un enfoncement du pariétal postérieur. L'engagement s'est effectué les 2 fois en oblique (O. I. D. P. et O. I. G. A.). Le mécanisme a été le même que dans les bassins généralement rétrécis, d'origine rachitique, flexion exagérée de la tête au détroit supérieur. Par conséquent, tout s'est passé comme il est indiqué dans les classiques.

IV. Bassins cyphotiques, en entonnoir. — Nous arrivons à la catégorie la plus importante des bassins non rachitiques. Jusqu'à présent, nous avons vu des bassins présentant des rétrécissements du détroit supérieur. Ici au contraire, c'est le détroit supérieur qui est agrandi, le détroit inférieur qui est diminué, et qui peut l'être très fortement dans tous ses diamètres.

Nous avons pu en recueillir 3 cas.

Dans un cas où le diamètre bi-ischiatique extérieur était égal à 11 centimètres, l'accouchement prématuré a été provoqué au moyen de la sonde de Krause à la fin du huitième mois. La tête engagée en G. T. s'est dégagée spontanément en position occipito-pubienne (obs. 2).

Dans un second cas (obs. 9), le diamètre bi-ischiatique était de 6.5. La tête descendue en droite postérieure se fixa en position occipito-pubienne. On fit une application de forceps qui saisit la tête dans la région frontale d'un côté, pariéto-occipitale de l'autre : application oblique et pour la tête et pour le bassin, mais qui permettait à la tête d'user de tout le diamètre transverse du détroit inférieur. L'enfant né étonné survécut parfaitement bien.

Dans le troisième cas (obs. 125), nous n'avons point trouvé les mensurations indiquées. La tête en tout cas resta fixée au niveau des épines sciatiques. On eut recours avant l'arrivée de M. le professeur agrégé Puech, chef de service, à des applications de forceps sans résultat. Quand il arriva, les bruits du cœur fœtal étant bons et la femme y consentant, on fit une symphyséotomie. L'enfant porteur d'un éclatement du crâne, dû aux tractions violentes exercées avec le forceps, succomba 2 heures après.

CONCLUSIONS

Avec toute la modération que nous impose un pareil sujet, il nous semble pouvoir tirer de notre étude les quelques conclusions suivantes :

1° A la clinique de Montpellier, les rétrécissements pelviens sont relativement peu fréquents, 6,9 pour cent, tandis que la proportion des bassins rachitiques aux bassins non rachitiques est à peu près normale, 1/14.

2° Parmi les bassins rachitiques, les bassins généralement rétrécis sont peu nombreux par comparaison avec les bassins aplatis (18 contre 122).

3° Les bassins faiblement rétrécis sont de beaucoup les plus fréquents, tandis que les bassins fortement rétrécis sont rares (76 bassins de plus de 11, 57 moyennement rétrécis de 11 à 9,5, 7 plus fortement rétrécis : moins de 9,5).

4° Quelle que soit la catégorie de bassins, l'inertie utérine est une des complications les plus fréquentes, et celle qui demande le plus grand nombre d'interventions tant au détroit supérieur que dans l'excavation.

5° Dans les bassins généralement rétrécis les interventions faites au détroit supérieur pour faire passer la tête ont donné de très mauvais résultats (6 interventions, 2 extractions par le siège, 2 enfants morts, 4 forceps, 2 enfants morts, 2 sans résultats suivis de basiotripsie). L'accouchement prématuré

provoqué a donné au contraire d'excellents résultats (3 acc. prém. prov., 3 enfants vivants).

6° Dans les bassins aplatis, l'accouchement normal est la règle ou à peu près pour les bassins à diamètre promonto-sous-pubien supérieur à 11. Pour ceux de 11 à 9,5, la moitié seulement des femmes accouchant à terme ont vu leur accouchement se terminer sans intervention au détroit supérieur.

7° Dans les bassins aplatis de 9,5 à 11, nous avons noté autant d'engagements en oblique qu'en transverse, alors que l'engagement en transverse est donné comme la règle par les auteurs classiques.

8° Dans les bassins aplatis à promonto-sous-pubien égal ou supérieur à 9,5, les résultats furent mauvais.

9° Les prises de forceps, au détroit supérieur, obliques quant à la tête et quant au bassin, ont donné dans les présentations transversales des résultats meilleurs que les prises directes pour la tête mais antéro-postérieures pour le bassin.

10° La version a donné d'assez bons résultats et quand le succès n'a pas couronné cette intervention, cela a été dû à l'étroitesse et à la rigidité des parties molles.

11° Dans les bassins à type oblique ovalaire, l'engagement s'est fait le plus souvent dans le grand axe du détroit supérieur.

12° Parmi les bassins non rachitiques le bassin cyphotique est le seul qui, en général, nous présente des dystocies graves.

Nous est-il permis de tirer de ce travail les éléments voulus pour indiquer la conduite à tenir dans les bassins rachitiques ? Nous ne le croyons point, étant donné le nombre véritablement minime de nos observations pour certaines catégories de bassins.

Cependant nous croyons pouvoir poser quelques indications qui nous semblent assez nettes :

1° Dans les bassins à promonto-sous-pubien supérieur à 11 centimètres, laisser l'accouchement aller à terme.

2° Dans les bassins de 9,5 à 11 centimètres de promonto-sous-pubien, provoquer l'accouchement au moment voulu, pour que la tête puisse franchir le rétrécissement.

Restent les bassins de moins de 9,5. En provoquant l'accouchement de façon que l'expulsion pût être à peu près sûrement spontanée, on obtiendrait des enfants voués à une mort presque certaine. Est-ce à dire que l'accouchement prématuré doit être rejeté dans ce cas ? Tel n'est point notre avis : provoqué quelque temps avant terme, lorsque la viabilité du fœtus sera assurée, il permettra de lui faire franchir le détroit supérieur sans grand traumatisme, soit par la version, soit par le forceps, selon les indications.

Quelle sera l'opération de choix : le forceps ou la version ?

Pour les bassins généralement rétrécis, il nous est difficile de répondre, toutes les interventions, dans notre statistique, s'étant terminées par la mort de l'enfant.

Dans les bassins aplatis, la version nous paraît avoir donné de meilleurs résultats que le forceps : aussi croyons-nous que, l'état des parties molles le permettant, ce sera l'opération de choix. C'est là du moins ce qui nous semble ressortir des observations que nous avons pu recueillir.

Vu :

Montpellier, le 28 avril 1905

Le Doyen,

MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 28 avril 1905

Le Recteur,

BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !